

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 106

DU

GRANULOME ANNULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Avril 1923

PAR

Charles-Etienne-René DAVID-CHAUSSE

Ancien Externe des Hôpitaux

Préparateur du Dispensaire de Prophylaxie antivénérienne
de la Ville et de la Faculté de Médecine

Lauréat des Hôpitaux (1920-1921 — 1921-1922)

Né à Bordeaux (Gironde), le 2 Août 1897

Examineurs de la Thèse : { MM. W. DUBREUILH, professeur . . . *Président.*
ARNOZAN, professeur . . .
PETGES, professeur . . . *Juges.*
ANDÉRODIAS, agrégé }

BORDEAUX

IMPRIMERIE AL. SÉGALAS-BÉROU

34 — Rue Sainte-Colombe — 34

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 106

DU

GRANULOME ANNULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 18 Avril 1923

PAR

Charles-Etienne-René DAVID-CHAUSSÉ

Ancien Externe des Hôpitaux

Préparateur du Dispensaire de Prophylaxie antivénérienne

de la Ville et de la Faculté de Médecine

Lauréat des Hôpitaux (1920-1921 — 1921-1922)

Né à Bordeaux (Gironde), le 2 Août 1897

Examineurs de la Thèse : { MM. W. DUBREUILH, professeur ... *Président.*
ARNOZAN, professeur ... }
PETGES, professeur ... } *Juges.*
ANDÉRODIAS, agrégé..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE AL. SÉGALAS-BÉROU

34 — Rue Sainte-Colombe — 34

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.



PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale	Clinique ophtalmologique... LAGRANGE.
{ ARNOZAN.	Clinique chirurgicale infan-
{ CASSAËT.	tile et orthopédie
{ CHAVANNAZ.	DENUCÉ.
Clinique chirurgicale.....	Clinique gynécologique.....
{ VILLAR.	BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales....	Clinique médicale des mala-
{ CRUCHET.	dies des enfants.....
Clinique d'accouchements ..	MOUSSOUS.
{ RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale.....
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DENIGÈS.
{ SABRAZÈS.	Physique pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie.....	PICQUÉ.
{ G. DUBREUIL	Médecine coloniale et Clini-
Anatomie générale et histologie.....	que des maladies exotiques.
{ PACHON.	LE DANTEC.
Physiologie.....	Clinique des maladies euta-
{ AUCHÉ.	nées et syphilitiques
Hygiène.....	W. DUBREUILH.
Médecine légale et déontologie	Clinique des maladies des
{ VERGER.	voies urinaires.....
Physique biologique et clini-	POUSSON.
que d'électricité médicale.	ABADIE.
{ BERGONIÉ.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.
Chimie.....	CHELLE.
{ BELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
Botanique et matière médicale	MOURE.
{ DUPOUY.	Toxicologie et hygiène appliquée.....
Pharmacie.....	BARTHE.
{ MANDOUL.	Hydrologie thérapeutique et
Zoologie et parasitologie....	Climatologie.....
Médecine expérimentale	FERRÉ.
	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie....	N...
Histologie.....	LACOSTE (chargé).
Physiologie.....	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles.....	{ R. SIGALAS (chargé).
{ N...	
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.
Chimie biologique et médicale.....	N...
Médecine générale.....	{ MAURIAC.
{ LEURET.	
{ DUPÉRIÉ.	
	Médecine générale.....
	{ CREYX.
	MICHELEAU.
	Maladies mentales.....
	PERRENS.
	Médecine légale.....
	LANDE.
	Chirurgie générale.....
	{ ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	Obstétrique.....
	{ PERY.
	FAUGÈRE.
	Ophtalmologie.....
	TEULIÈRES
	Pharmacie.....
	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.
Médecine opératoire.....	VENOT.
Accouchements	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	CABANNES.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle...	GOURDON.
	Puériculture
	ANDÉRODIAS.
	Démonstrations et préparations pharmaceut....
	LABAT.
	Chimie
	RANGIER.
	Pathologie interne
	CREYX.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA CHÈRE FEMME

A MON PÈRE

Témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR ALBERT DAVID-CHAUSSÉ,

Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

et aux siens.

A MA BONNE MAMAN MANEY

A MES BEAUX PARENTS

Témoignage de mon affection.

A MON BEAU-FRÈRE M. JEAN NEAU

et à sa famille.

A mes excellents camarades :
MESSIEURS MONOD, RIOUX, LESCALE, CAUSSIMON

Internes des Hôpitaux.

En souvenir d'une bonne année de travail.

A mes amis de la Clinique Dermatologique
de la Faculté de Médecine

MESSIEURS LES DOCTEURS

A. BARGUES

Ancien chef de clinique.

R. MOUGNEAU

Chef de laboratoire.

P. JOULIA

Chef de clinique.

A M. LE DOCTEUR G. LARDENNOIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Chevalier de la Légion d'honneur, Décoré de la Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

En souvenir de l'année passée dans
son ambulance.

A tous mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux
et en particulier

A M. LE DOCTEUR M. DENUCÉ

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique.

A. M. LE DOCTEUR J. GUYOT

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du cours de Pathologie externe,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

A M. LE DOCTEUR ROCAZ

*Médecin des Hôpitaux,
Médecin-chef de la Pouponnière de Cholet,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A M. LE DOCTEUR J. ANDERODIAS

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du Cours complémentaire de Puériculture,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Chevalier de la Légion d'honneur, Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec lequel m'unissent des rapports professionnels tout récents, qu'il veut bien
empreindre de sa cordialité.

A M. LE PROFESSEUR C. SIGALAS

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Adjoint au Maire de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux.

A M. LE DOCTEUR X. ARNOZAN

*Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Adjoint au Maire de Bordeaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Ami de ma famille qui, après avoir
procédé au mariage de mon frère et au
mien, a tenu, interrompant un repos si
justement gagné, à faire partie de mon
jury de thèse pour nous donner ainsi une
nouvelle preuve de son affection.

Témoignage de mon profond respect.

A M. LE DOCTEUR G. PETGES

*Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Chargé du Cours de Vénérologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Mon cher Maître,

J'ai la bonne fortune de travailler avec vous depuis plusieurs années à l'Hôpital et au Dispensaire de prophylaxie antivénérienne.

Vos rapports avec moi ont été, permettez-moi de le dire, plutôt ceux d'un Père que ceux d'un Chef.

Je tiens à vous remercier de tout mon cœur et à vous assurer de mon entier dévouement.

A mon Président de Thèse

M. LE DOCTEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Mon cher Maître,

Depuis deux ans que vous avez bien voulu m'admettre à profiter de votre enseignement, vous m'avez donné de nombreuses preuves d'intérêt et de sympathie.

Vous m'avez fait connaître et aimer la Dermatologie.

Aujourd'hui, enfin, vous me faites le grand honneur d'accepter la présidence d'une thèse dont vous avez inspiré le sujet : je vous en remercie.

Je suis très fier de compter au nombre de vos élèves et vous prie de croire, mon cher Maître, à mon inaltérable gratitude.

AVANT-PROPOS

Définition : le granulôme annulaire (granuloma annulare, des Anglais; éruption circinée chronique de la main, de Dubreuilh), est une affection cutanée rare qui se manifeste par une éruption nodulaire, circinée, sèche, non prurigineuse, bien limitée, à évolution chronique.

Les auteurs ont des opinions diverses sur la nature de cette dermatose singulière.

Dès 1895, M. le Professeur W. Dubreuilh décrivait, le premier en France, sous le nom de « Eruption circinée chronique de la main » une affection cutanée signalée la même année par Colcott Fox, en Angleterre, sous le nom de « Ringed eruption ». Ces dénominations n'ont pas prévalu et on leur a préféré celle de « Granulome annulaire » due à Radcliffe Crocker (1902).

Cette dermatose a fait l'objet de nombreux mémoires à l'étranger. En France, il ne lui a été consacré que des publications relatives à des cas isolés. Aussi nous sommes-nous proposé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale, sur les conseils de notre maître, M. le Professeur W. Dubreuilh.

Nous avons relevé 97 observations et nous en portons 8 inédites, dont 4 sont dues à M. le Professeur Dubreuilh, 3 à M. le Professeur Petges; la huitième a été prise par

nous à la clinique dermatologique de la Faculté. Notre exposé se déroule dans l'ordre suivant :

I. — Historique de la question.

II. — Tableau synoptique des observations parues de 1887 à 1923.

III. — Observations inédites des Professeurs Dubreuilh et Petges, illustrées de trois photographies.

IV. — Etude clinique et anatomo-pathologique, comprenant :

- a) Symptomatologie.
- b) Formes cliniques.
- c) Evolution.
- d) Anatomie pathologique.
- e) Etiologie.
- f) Pathogénie.
- g) Diagnostic.
- h) Traitement.
- i) Pronostic.

A l'heure de présenter ce travail, nous avons l'agréable devoir de remercier d'abord nos maîtres : M. le Professeur W. Dubreuilh, qui a bien voulu nous confier cette étude et guider nos efforts inexpérimentés, et M. le Professeur Petges, dont la bienveillance nous est depuis longtemps si précieuse et si profitable.

Nos remerciements vont aussi à nos deux amis, les Docteurs R. Mougneau et P. Joulia, dont les affectueux conseils de chaque jour ont largement contribué à faciliter notre tâche.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les premières observations de granulome annulaire sont peu précises : le vague de leur dénomination indique l'embarras des auteurs que rien ne pouvait guider et qui ne s'appuyaient que sur de rares biopsies. Il semble que ce soit Middleton (1) qui, en 1887, ait le premier décrit des nodules de la peau ne présentant aucun caractère qui permette de les classer dans le cadre d'une affection déjà connue. Il s'agissait, dans ce premier cas, d'un malade rhumatisant et les nodules se rencontraient sur les mains. Une biopsie montra une infiltration du chorion.

L'année suivante, J. Hutchinson (2) publie une série d'observations imprécises, sans recherches histologiques.

En 1889, Judson Bury (3) présente une éruption nodulaire chronique, rencontrée sur le dos et la paume des mains. Plus tard, Hutchinson (4) décrit deux cas de la maladie qu'il a rencontrée deux ans auparavant. Il pense que cette affection est une inflammation chronique du derme survenant chez des goutteux, dont la peau subit des transformations séniles; il signale, comme étiologie, l'influence du traumatisme.

(1) Middleton : A case of subcutaneous nodules in the hands of a Rheumatic Patient. *Journal of the American Med. Association*, 1887, p. 443.

(2) Hutchinson : Symmetrical purple congestion of the skin *British Journal of Dermatology*, 1888, p. 10. .

(3) J. Bury : Erythema Elevatum Diutinum. *Illustrated Medical News*, 23 février 1889.

(4) Hutchinson : Symmetrical purple congestion of the Extremities. *Archives of Surgery*, 1890-L. p. 268.

On peut reprocher la même imprécision aux observations de Fred J. Smith (1), publiées la même année (1890).

Plus tard, Colcott Fox (2) rattache aux observations déjà publiées un cas de « Erythema gyratum perstans », rencontré dans une même famille. Il semble que la desquamation, le prurit, la généralisation, le caractère familial et surtout le stade vésiculeux, au cours de l'évolution, puissent faire écarter l'hypothèse d'une affection identique au granulome annulaire.

L'année suivante (1892) Lederinann (3) et John Cavafy (4) décrivent une affection inaccoutumée des mains : leurs observations ne sont pas assez explicites pour qu'on puisse reconnaître la dermatose qui nous occupe. Il n'en est pas de même de F.-J. Smith (5) qui présente en 1894 un cas typique sous le nom de « Erythema Elevatum Diutinum ». On lit en effet une bonne étude, permettant de rapprocher ce cas de ceux de J. Bury, une discussion du diagnostic et une description des lésions histologiques. Ce sont ensuite les observations de Crocker et C. Williams (6), celle de Hutchinson (7), qui publie le cas déjà présenté par F.-J. Smith, en 1890.

Enfin, l'année 1894 se termine par une publication de Crocker qui remarque que le moulage 1599 du musée de l'hôpital Saint-Louis représente un Erythema Elevatum Diutinum (8).

En 1895, le Professeur W. Dubreuilh (9) donne la première description complète, clinique et histologique, sous

(1) Fred J. Smith : Curious nodules on hands. *Lancet*, 1890, II, 1334.

(2) Colcott Fox : Erythema gyratum perstans in the two elder members of a family. *Atlas International*, 1891, fascicule V, planche 16.

(3) Lederinann : *Dermatol. Zeit. Berlin*, 1^{er} mars 1892.

(4) John Cavafy : An unusual affection of the hands, *Brit. Journ. of Derm.*, 1892, p. 1.

(5) F.-J. Smith : Case of so called Erythema Elevatum Diutinum. *Brit. Journal of Derm.*, 1894, p. 144.

(6) R. Crocker et C. Williams : Erythema Elevatum Diutinum, *Brit. Journal of Derm.*, 1894, p. 1.

(7) Hutchinson : Erythema Elevatum Diutinum. *Archives of Surgery*, janvier 1894.

(8) Quinquaud : Fibromes multiples nodulaires. N° 1599, *Catalogue du musée de l'Hôpital Saint-Louis*, 1891.

(9) W. Dubreuilh : Sur un cas d'éruption circonscrite chronique de la main. *Annales de Dermatologie*, 1895, p. 145.

le nom de « Eruption circinée chronique de la main » du granulome annulaire, qui est étudié la même année par Colcott Fox (1) sous le nom de « Ringed Eruption ». Quatre ans plus tard, Galloway (2) fait un travail d'ensemble sur les cas présentés sous les noms de : « Erythema Elevatum diutinum, Eruption circinée chronique de la main et Ringed Eruption of the fingers », il rapproche tous ces cas de ses observations et de celles de Hutchinson. Il remarque enfin que tous ces malades sont d'une santé délicate, ont des engelures ou sont rhumatisants.

Galloway trouve que les lésions histologiques rapprochent l'affection de la variété circinée du lichen plan. Aussi, propose-t-il le nom de « Lichen Annularis ». Or, nous verrons qu'il n'y a aucun rapport entre le Lichen plan circiné et le Granulome annulaire.

En 1902, R. Crocker (3) publie un mémoire comprenant les observations de C. Fox, Galloway et Dubreuilh et des cas personnels. Il conclut en disant que les nodules correspondent cliniquement et histologiquement à ce que l'on appelle une granulome. Dès lors, le granulome annulaire est né : cette appellation la plus communément employée est, elle aussi, inexacte, étant donné qu'il ne s'agit pas du tout d'un granulome et que l'affection n'est pas constamment annulaire.

La même année, Brocq écarte lui aussi le lichen annularis du groupe des Lichens (4).

Dans les années qui suivent quelques observations

(1) Colcott Fox : Ringed eruption of the fingers. *B. J. D.*, 1895, p. 91.

(2) Galloway : Lichen annularis a « Ringed Eruption of the Extremities ». *B. J. of Derm.*, 1899, p. 221.

(3) Radcliffe Crocker : Granuloma annulare. *B. Journal of Derm.*, 1902, pp. 1 et 507.

(4) « Sous le nom de « lichen annularis », Galloway a décrit une éruption circinée des mains, et surtout des doigts, dont nous avons vu, pour notre part, 3 cas, et qui nous paraît constituer une dermatose à part, ne méritant d'ailleurs à aucun titre de rentrer dans le groupe des lichens tel qu'il est compris à l'heure actuelle. On devra donc se reporter au travail de Galloway pour avoir une idée de ces faits, qui attendent encore une bonne description d'ensemble avant d'être définitivement admis dans le cadre nosologique.

» Radcliffe Crocker vient très probablement de décrire des cas analogues sous le nom de « granuloma annulare ». (Brocq : *Pratique dermatologique*, 1902, tome III, p. 140, Les Lichens.)

sont publiées et Fimsy (1) propose un nouveau nom. « Erythema marginatum perstans », aussi vague que les premiers nés.

Rasch et Gregersen (2) font une étude complète d'un nouveau type des sarcoïdes de Boeck qu'ils rapprochent de l'affection décrite en France par W. Dubreuilh et en Angleterre par R. Crocker.

En 1904, Audry (3) décrit dans ses « Erythémato scléroses » une forme circonée du dos des mains qu'il rapproche des cas précédemment étudiés. Il revient sur la question l'année suivante. Cette nouvelle appellation est, elle aussi, passible d'objections, car il n'y a pas de tissu scléreux.

En 1907, Brocq (4) fait une courte étude clinique et histologique; il compare ses biopsies à celles de W. Dubreuilh et conclut en remarquant que les autres examens histologiques ne sont guère concordants : « Il est donc impossible de dire à l'heure actuelle s'il s'agit là d'une affection bien définie ou de plusieurs dermatoses ayant un aspect à peu près identique. C'est une question à reprendre de fond en comble. »

En 1908, Galewski (5) rapproche l'affection qu'il observe des sarcoïdes de Boeck. Graham Little (6) publie alors le travail le plus important : il rassemble 49 observations, cite, sans les publier, celles de Hutchinson et Bury (7) qu'il ne trouve pas assez précises ; il discute la valeur des diverses appellations proposées, n'en trouvant aucune satis-

(1) Fimsy : *E. M. P. Medical Press.*, 1903; *Brit. Journ. of Derm.*, 1903, p. 375.

(2) Rasch et Gregersen : *Archiv. für Derm.*, 1903, p. 337.

(3) Audry : Erythémato-sclérose circonée du dos de la main, *Annales de Derm.*, 1904, p. 9.

(4) Brocq : *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, 1907, tome II, p. 276.

(5) Galewski : Tumores benigni sarcoidei cutis (Eruption circonée chronique des mains, de Dubreuilh), *Iconographia Dermatol.*, fasc. III, p. 91.

(6) Graham Little : Granuloma annulare. A clinical and histological study. *Brit. Journal of Derm.*, 1908, p. 213.

(7) « It will be noted that I have excluded from my list a series of cases recorded by Hutchinson which are included in Dr Galloway's collected examples of the disease, published in 1899. No histological investigations of these cases was made, however; the notes are scanty and the clinical facts observed do not, to my mind, justify their inclusion in the same category as the cases I am about to describe, while the absence of histological detail leaves their nature quite problematical. » G. Little, *loc. cit.*

faisante, il considère enfin le granulome annulaire comme une tuberculide.

Depuis le mémoire de G. Little, aucun travail d'ensemble n'a été publié. Cappelli (1), Dalla Favera (2) et Halle (3) font en 1909 de courtes études de la question et rapprochent, eux aussi, le granulome annulaire des sarcoïdes de Boeck.

En 1910, Pellier (4) ajoute un nouveau nom « Stéréophlogose nodulaire et circonée » à la liste déjà longue des synonymes désignant cette affection.

Dans les années suivantes on ne trouve que des observations accompagnées de rares commentaires sur l'histologie ou la nature tuberculeuse : ce sont celles de Bunch (5), qui pense que les premiers cas certains sont ceux de Dubreuilh et C. Fox, celles de Vignolo Lutati (6) et de Doré (7) qui propose le traitement radiothérapique.

En 1918, Darier (8) rapproche le granulome annulaire des sarcoïdes et des lupôïdes. L'année suivante, Pernet (9) discute encore la valeur des divers synonymes et propose le nouveau nom de « celluloma annulare ».

Dans les trois dernières années, plusieurs auteurs français (10) publient des observations intéressantes tant au point de vue histologique, qu'au point de vue étiologique. Ils admettent tous la parenté clinique et histologique du granulome annulaire avec les sarcoïdes tuberculeuses.

(1) Cappelli : *Giornale ital. mal. v.*, 1909, p. 799.

(2) Dalla Favera : *Eruzione circinata cronica d. mano d. Dubreuilh. Giorn. ital. mal. v.*, 1909, n° 2, p. 273; 1910, p. 236.

(3) Halle : *Erythema Elevatum Diutinum. Arch. f. Dermat.*, 1909, xcix, p. 51.

(4) Pellier : *Stéréophlogose nodulaire et circonée. Annales de Derm.*, 1910, p. 28.

(5) Bunch : *Granuloma annulare. Brit. J. of Derm.*, 1911, p. 357, et 1913, p. 183.

(6) Vignolo Lutati : *Granuloma annulare. Derm. Wochens.*, 1912, p. 77.

(7) Doré : *Granuloma annulare. Proc. R. S. of M. D. S.*, 13 oct. 1913, p. 1.

(8) Darier : *Précis de Dermatologie*, 1918, p. 279.

(9) Pernet : *Proc. of R. S. of M. D. Section*, 16 oct. 1919, p. 7.

(10) Gougerot et Bonnin : *Annales de Derm.*, 1919, p.

Milian, Sauphar et Thibaut : *Ibid.*, 1919, p. 269.

Hudelo Civatte et Rabut : *Ibid.*, 1920, 8 janvier.

Burnier et Rejsek : *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1922, p. 218.

Danel (de Lille) : *Ibid.*, 1922, p. 293.

CHAPITRE II

TABLEAU SYNOPTIQUE

des Observations publiées

de 1887 à 1923

sous les noms de

Subcutaneous nodules in the hands (Middleton)

Eruption circinée chronique des mains (W. Dubreuilh)

Granuloma annulare (R. Crocker)

etc., etc.

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
1	Middleton.	<i>Amer. Journ. Med. Societ. 1887</i>	A case of subcutaneous nodules in the hands of a rheumatic patient.	M	39 ans.	Mains. Jambes.
2	Hutchinson.	<i>Brit. J. Derm. 1888</i>	Symmetrical purple congestion of the skin.	M	55 ans.	Poignet droit.
3	—	<i>Brit. J. Derm. 1888</i>	—	M	58 ans.	Jambe gauche. Jambe droite. Dos des doigts.
4	Judson Bury.	<i>Ill. Med. News. 1889</i>	Erythema elevatum diutinum.	F	12 ans.	Orteils, genoux, Mains, coudes.
5	Hutchinson.	<i>Arch. of Surgery 1890</i>	Symmetrical purple cong. of the extremities.	M	65 ans.	Face interne genoux
6	—	—	—	M	56 ans.	Front. Poignets.
7	Quinquaud, Moulage n° 1599.	<i>Musée Hôpital St-Louis.</i>	Fibromes nodulaires des extrémités.	M	3 ans.	Main.
8	R. Crocker.	<i>Brit. J. Derm. 1894</i>	Erythema Elevatum diutinum.	F	6 ans.	Genoux. Fesses. Coudes. Mains.
9	J. Smith.	<i>Brit. J. Derm. 1894</i>	—	F	18 ans.	Coudes. Dos des mains.
10	W. Dubreuilh.	<i>Ann. de Derm. 1895</i>	Eruption circinée chronique de la main.	F	38 ans.	Index et majeur des 2 mains. Pouce gauche.
11	Colcott Fox.	<i>Brit. J. Derm. 1895</i>	Ringed eruption.	F	11 ans.	Annulaire gauche. Auriculaire droit.
12	—	<i>Brit. J. Derm. 1896</i>	—	M	2 ans.	Fesses. Face postérieure des cuisses.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodule.	—	Persistance.	Infiltration du chorion.	—
Nodule sur cicatrice de blessure	12 ans.	Persistance.	Pas de biopsie.	Etiologie : blessure.
Nodule sur crête tibiale gauche.	10 ans.	—	—	Malade goutteux.
Papules érythémateuses sur orteils.	5 ans.	Disparition de quelques éléments.	—	Prurit la nuit. Mains violacées. Hyperhidrose. Rhumatisme.
Papule rouge.	2 ans.	Atteint en 1 an largeur paume de la main.	—	Etiologie : malade monte souvent à cheval. contact de la selle.
Papule rouge sur le front.	—	Nodules sur poignets.	—	Etiologie : contact du chapeau.
—	—	—	Fibromes fasciculés.	Moulage reconnu par Crocker comme : érythéma elevatum diutinum.
Nodule rouge pâle	1 an.	—	Corps muqueux épaissi. Infiltration du derme.	Antécédents goutteux et rhumatismaux. Guérison par biopsie.
Petite papule.	2 ans.	—	Tissu conjonctif œdémateux. Pas d'infiltration.	Antécédents rhumatismaux
Elevures comme des lentilles.	5 ans.	Nodules forment croissants et anneaux, peau normale au centre.	Infiltration du tissu conjonctif.	Guérison par pommade ichtyol.
Nodule.	2 mois.	Nodules forment anneaux, extension périphérique. Peau normale au centre.	—	Pas de rhumatismes. Début en hiver.
Nodule.	5 mois.	Anneaux. Centre déprimé et atrophié.	—	Début en été.

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
13	Galloway.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1899	Lichen annularis.	M	10 ans.	Racine index. Bord radial mai gauche.
14	Pringle.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1899	Erythema elevatum diutinum.	M	18 ans.	Cou. Face. Cuir chevelu. Poignet
15	R. Crocker.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1902	Granuloma annulare.	M	20 ans.	Doigts des 2 mains. Oreille gauche.
16	—	<i>Ibidem.</i>	—	M	21 ans.	Dos des mains. Poignets. Cou.
17	—	<i>Ibidem.</i>	—	F	52 ans.	Poignets. Cou.
18	—	<i>Ibidem.</i>	—	M	11 ans.	Epaules. Poignets. Genoux.
19	R. Crocker et Pernet.	<i>Ibidem.</i>	—	M	Adulte.	Index.
20	R. Crocker.	<i>Ibidem.</i>	—	M	Adulte.	Dos des mains.
21	Sequeira.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1902	Ringed eruption.	M	28 ans.	Dos des mains.
22	—	—	—	F	8 ans.	Dos des mains.
23	Sequeira.	<i>Communiquée à Graham Little</i>	Granuloma annulare.	F	21 ans.	Dos des poignets. index gauche.
24	—	—	—	F	8 ans.	Paumes des mains. Chevilles.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodule.	6 ans.	Anneaux. Centre atrophie.	Infiltration du derme.	Verrues sur les mains. Guérison en 6 mois. Récidive 3 ans après.
Papules. Nodules verru- queux.	8 mois.	Peau normale entre les nodules groupés en cercle.	—	Bon état général.
Nodules roses.	4 ans.	Cercles. Peau déprimée au centre.	Infiltration du derme.	Santé délicate. Lésions prurigineuses.
Elevures douloureuses.	2 ans.	Anneaux.	—	Frère mort de tuberculose. Verrues sur les mains.
Papules blanches.	2 mois.	Cercles. — Croissants. Guérison 6 mois.	—	Antécédents tuberculeux.
Comme une verrue plane.	Plus d'un an.	Anneau avec centre atrophique et sombre.	—	Erythème solaire antérieur, des verrues sont apparues après.
Nodule.	—	Anneaux.	—	—
Anneau d'emblée.	—	Anneaux. Centre atrophique.	—	—
Papule rose. Nodule.	2 ans et demi.	Atrophie au centre de l'anneau.	—	Antécédents tuberculeux. Malade pâle, chétif.
Nodule.	Plus ^{rs} mois.	Anneaux.	—	Guérison par acide salicylique.
Nodule.	8 mois.	Anneaux.	—	Cas perdu de vue.
Tache annulaire.	?	Anneaux.	—	Cas perdu de vue.

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
25	Rasch et Gre- gersen.	<i>Arch. f. Derm.</i> 1903	---	F	33 ans.	Face dorsale doigt main gauche.
26	Brocq.	<i>Ann. de Derm.</i> 1904	Néoplasie nodulaire et circonée.	M	Enfant.	Dos et côtés des doigts.
27	Audry.	<i>Ibidem.</i>	Erythémato sclérose circonée du dos de la main.	F	50 ans.	Dos du médus et d l'index.
28	W. Dubreuilh.	<i>Ann. de Derm.</i> 1905	Néoplasie nodulaire et circonée.	M	19 mois.	2 tendons d'Achille. Jambes, pieds. Inde droit. Front.
29	"	<i>Ibidem.</i> 1905	"	F	26 ans.	Dos de la main gau che. Index droit.
30	"	---	"	F	18 ans.	Racine index gauche
31	Pringle.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1905	Ringed eruption.	M	42 ans.	Mains. Cuisses.
32	Savill.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1905	Lichen annularis.	M	44 ans.	Cou. Poitrine. Lombes.
33	Brocq.	<i>Traité de Der- matol. prat.</i> 1907	Granulome annulaire.	M	Adulte.	Dos des doigts.
34	"	---	"	F	Adulte.	Mains et doigts.
35	"	---	"	F	8 ans.	Chevilles et genoux.
36	W. Dubreuilh.	<i>Communiquées à G. Little.</i> 1908	Néoplasie nodulaire et circonée.	M	3 ans.	Racine index.
37	Perry et Sichel	<i>Brit. J. Derm.</i> 1908	Granuloma annulare.	M	8 ans.	Dos des mains et des pieds.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodules blancs.	1 an.	Anneaux. Centre atrophique.	Infiltration du derme.	Récidive après guérison ayant persisté 6 ans.
Nodule verruqueux.	—	Anneaux.	Infiltration derme et hypoderme.	—
Nodules durs.	8 mois.	Anneaux. Centre normal.	Comme celle décrite par W. Dubreuilh.	—
Papules. Nodules ombiliqués.	12 mois avec récidence.	Croissants et anneaux. Peau normale au centre.	Infiltration du derme. Aspect folliculaire en un point.	Troubles digestifs.
Nodule blanc et dur.	4 à 5 ans.	Extension péri-phérique.	Aspect folliculaire.	Névropathe.
Nodule.	2 ans.	Anneaux.	—	—
Nodule.	?	Anneaux.	Infiltration du derme.	—
Anneaux.	6 mois.	—	—	Diagnostic douteux. On pense à syphilis : traitement mercuriel sans résultat.
Nodule.	1 an.	Guérison par galvanocautére.	—	—
Nodule.	—	—	—	—
Nodule.	2 ans.	Anneaux.	—	—
Nodule.	18 mois.	Anneaux. Peau normale au centre.	—	—
Nodules.	3 ou 4 mois.	Anneaux.	Infiltration du derme.	—

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
38	Leslie Roberts.	<i>Communiquée à G. Little. 1908</i>	Acanthoma annulare.	F	9 ans.	2 chevilles, surtout droite.
39	Hyde et Mont- gomery.	—	Ringed eruption.	M	16 ans.	Bord radial de l'i dex gauche.
40	Jadassohn.	<i>Communiquée à G. Little. 1908</i>	Granuloma annulare.	F	59 ans.	Creux axillaire. Epaule. Poignets. Genoux.
41	»	—	—	F	4 ans.	Mains. Pied droit. Cuisses.
42	Adamson.	—	Ringed eruption.	M	3 ans.	Fesses. Face postérieure de cuisses.
43	»	—	»	M	2 ans.	Epaules. Fesses.
44	»	<i>Brit. J. Derm. 1908</i>	Nodular ringed erup- tion.	M	17 ans.	Dos des doigts de deux mains.
45	Galewski.	<i>Iconographia Derm. 1908</i>	Tumores benigni sar- coidei cutis.	F	26 ans.	Avant-bras droit. Index droit.
46	Dawson.	<i>Brit. J. Derm. 1908</i>	Granuloma annulare.	M	22 ans.	Face dorsale des doigts main gauche.
47	Mac Leod.	<i>Communiquée à G. Little. 1908</i>	Lichen planus annu- laris.	M	43 ans.	Main gauche.
48	Darier.	—	Granuloma annulare.	F	Adulte.	Cuisse.
49	»	—	»	F	»	Hanche.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodules,	1 an.	Guérison sans cicatrice.	Epiderme hypertrophié. Pas d'infiltration.	—
Nodules.	2 ans et demi.	Bord ressemblant à chéloïde. Peau normale au centre.	—	Mains violacées. Pas d'engelures.
Nodules.	3 ans.	Disparition. Récidive.	—	—
Nodules.	1 an.	Disparition spontanée de quelques nodules.	—	Gale antérieure.
Nodules.	6 mois.	Anneaux formés de nodules.	—	—
Bouquets de nodules.	1 mois.	Anneaux lilas. Centre plus sombre.	—	—
Petits bouquets de nodules rouges.	5 mois.	Tendance à se grouper en anneaux.	Mononucléaires autour des vaisseaux.	Guérison 15 jours après une biopsie.
Nodules.	6 mois.	Croissants. Anneaux. Guérison puis récidive.	—	—
Nodule. Auréole rouge.	7 ans.	—	—	—
Nodule.	15 jours.	Disparition rapide. Récidive. Anneaux sur les 2 mains.	—	Troubles digestifs et nerveux.
Nodule.	?	Eruption circinée.	—	Diabète. Syphilis.
Nodule.	?	■	—	—

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
50	Montgomery.	—	»	F	»	Jambe.
51	Colcott Fox.	—	Ringed eruption.	F	35 ans.	Dos des 2 mains. Deux index.
52	Graham Little.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1908 <i>Cas n° 1.</i> <i>H. M.</i>	Granuloma annulare.	F	6 ans.	Bord radial ma- droite. Malléole externe pi- gauche.
53	»	<i>Cas n° 2.</i> <i>E. M.</i>	»	M	3 ans.	Dessus du poignet droit.
54	»	<i>Cas n° 3.</i> <i>E. P.</i>	»	F	16 ans.	Dos et bord radial main droite.
55	Graham Little.	<i>Cas n° 4.</i> <i>Brit. J. Derm.</i> 1908	Granuloma annulare.	M		Dessus des poignets. Épaules. Genoux. Co- dos des doigts.
56	—	<i>Cas n° 5.</i>	»	F	4 ans.	Fesses.
57	—	<i>Cas n° 6.</i>	»	F	18 ans.	Base index et petit doigt. Poignets, ten- dons d'Achille, or- teils, cou.
58	Pernet.	<i>Royal Soc. M.</i> <i>D. S.</i> 15-10-08	A case of granuloma annulare.	F	10 ans.	Dos de la main gau- che.
59	Crocker. Bunch.	<i>Ibidem.</i> 15 février 1909	—	F	18 ans.	Bras droit. Genoux.
60	Malcolm. Moriss.	<i>Ibidem.</i> 17 juin 1909	Case for diagnosis.	F	38 ans.	Bras. Tronc. Jambes.
61		<i>Jour. Cut. Dis.</i> 1909	A nodular termina- ting in a ringed eruption.	F	40 ans.	Nuque, cou, mastoi- des. Poignets. Dos. index droit. Emi- nence thénar.
62	Hartzell.	<i>Ibidem.</i> 1910	Granuloma annulare.	F	10 ans.	Dos des mains.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodules et Anneaux.	?	,	Aspect de chéloïde.	Engelures. Mains violacées.
Nodules.	Nombreuses années.	Cas perdu de vue.	Infiltration du derme.	Urticaire 15 jours avant le granulome.
Nodules.	5 mois.	Bord blanc puis rouge.	»	Guérison.
»	3 mois.	Anneaux. Centre atrophique	—	—
»	?	—	—	Gale guérie.
Nodules.	3 ans.	Disparition. Réci- dive sous forme d'anneaux.	Infiltration du derme.	Sudation exagérée.
Nodules.	6 mois.	Anneaux. Peau plus sombre au centre.	Infiltration Nécrose tissu con- jonctif.	Antécédents tuberculeux.
Nodules et élevu- res ressemblant à chéloïdes.	5 mois.	Anneaux.	Infiltration du derme. Cellules géantes.	Tuberculose pulmonaire. Réaction de Calmette posi- tive. Inoculation cobaye négative.
Petite élevation rouge.	1 an.	Anneau. Centre déprimé.	—	Traumatisme antérieur.
Nodule.	1 an.	Anneau. Centre lilas.	—	Ressemble au lichen plan.
Première atteinte en 1897. Récidive en 1898.	12 ans.	Persistance.	—	Syphilis en 1900.
Nodule.	2 ans.	Guérison sponta- née. Récidive.	Infiltration du derme. Cellules géantes.	Rhumatismes. Inoculation au cobaye négative.
Nodule.	?	Pas de formation annulaire.	Classique.	—

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEX	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
63	Haldin, Davis.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1910	"	M	16 mois.	Fesses, Jambes. Marge de l'anus.
64	Graham Little.	<i>R. S. of Med.</i> <i>D. S.</i> 1910	"	M	18 ans.	Annulaire gauche.
65	C. Fox.	—	"	F	4 ans.	Dos index droit. Deux auriculaires.
66	Pellier.	<i>Ann. de Derm.</i> 1910	Stéréophlogose nodu- laire et circonéc.	—	—	Pavillons oreilles. Dos de chaque ma
67	Chipman.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1911	Granuloma annulaire.	M	14 ans.	Dos de la main dro
68	Bunch.	<i>R. S. of Med.</i> Octobre 1911	"	M	2 ans.	Dos du pied droit.
69	Mac Leod.	<i>R. S. of Med.</i> Novemb. 1911	"	F	4 ans.	9 lésions : cuisses mollets.
70	Graham Little.	<i>R. S. of Med.</i> <i>D. S.</i> Décembre 1911	Case of recurrent. Granuloma annulaire.			Malade présenté e 1908.
71	J. White.	<i>Journ. of Cut.</i> <i>Diseases.</i> 1912	Granuloma annulaire.	F	8 ans.	Face palmaire, bor interne index gau che.
72	Vignolo, Lutati.	<i>Derm. Woch.</i> 20-1-1911	"	F	13 ans.	Dos des doigts.
73	S. F. Dore.	<i>R. S. of Med.</i> <i>D. S.</i> 16-10-1913	"	M	55 ans.	Dos des mains.
74	Bunch.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1913	"	M	2 ans.	Dos du pied gauche.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodule.	?	Anneaux.	—	—
Nodule. Papule.	?	Anneaux de 2 cm de diamètre.	—	Antécédents tuberculeux. On pense à Porokératose.
Nodule comme grain de chanvre.	?	Accroissement ex- centrique en cercles.	—	—
Nodule.	?	Formations circi- nées.	Infiltration du chorion.	—
Apparition brus- que de nodules.	5 ans.	Anneaux.	Hyperkératose. Infiltration du chorion.	Adénite cervical. R. Wassermann : négative. R. tuberculine : négative.
Nodule.	2 ans.	Anneaux.	—	—
Nodule.	?	Accroissement pé- riphérique.	—	—
Récidive aux mê- mes endroits.	1 an.	—	—	G. Little n'avait jamais vu de récidive après une aussi longue disparition.
Nodule.	3 mois.	Anneaux.	Infiltration du chorion.	Disparition par rayons X. Père tuberculeux.
Nodule.	19 mois.	Anneaux.	Couche cornée plus épaisse. Infiltration du derme.	Guérison par cacodylate de soude.
Papule.	?	Accroissement ex- centrique. Anneaux.	—	Traitement Rayons X. On ne connaît pas le résultat
Nodule.	?	Anneaux très nets formés de no- dules.	Hyperkératose. Infiltration du derme.	—

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
75	—	<i>Brit. J. Derm.</i> 1913	"		Enfant.	Dos de la main d
76	—	<i>Brit. J. Derm.</i> 1913	"		"	Dos des mains.
77	Fordyce.	<i>Journ. of Cut. Diseases.</i> 1914	"	F	27 ans.	Index gauche. Dos des mains. Oreilles.
78	Hartzell.	<i>Journ. of the A. M. A.</i> 1914	"	F	10 ans.	Dos des mains.
79	Gray.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1914	Granuloma annulare with subcutaneous nodules.	M	4 ans.	Fesses. Genoux. Coudes.
80	Graham Little.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1914	Granuloma annulare	F	9 ans.	Annulaire droit. Majeur droit. Malléole externe droit
81	"	<i>Brit. J. Derm.</i> 1915	"	F	10 ans.	Jambes. Cuisses.
82	"	<i>Brit. J. Derm.</i> 1916	Granuloma annulare. with widespread follicular eruption.	Jeune officier.		Genoux. Mains.
83	Mac Leod.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1918	A case of granuloma annulare.	F	42 ans.	Mains. Genoux. Oreilles. Fesses.
84	Graham Little.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1918	Granuloma annulare.	F	40 ans.	Dos des articulations du doigt.
85	Pernet.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1919	"	F	13 ans.	Face interne de ch que bras.
86	Stillians.	<i>Journ. of Cut. Diseases.</i> 1919	"	F	28 ans.	Coudes. Tendons d'Achille.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodule.	?	Anneaux.	Classique.	—
»	?	—	Processus inflammatoire chronique intéressant le chorion.	—
Petit nodule.	1 an.	Extension périphérique.	Atrophie de l'épiderme. Infiltration du chorion.	Née en Angleterre. Rhumatismes. Rayons X. Bon résultat.
Nodules.	?	Pas de cercles.	Classique.	—
Nodules.	1 an.	Accroissement lent. Nodules sous-cutanés dans région oléennes craniennes.	—	Adénopathie cervicale.
Nodule.	?	Accroissement continu.	—	Enfant chétive, pâle, pas d'antécédents.
Nodule comme un pois.	?	30 lésions formant anneaux comme pièce de 1 franc.	—	Antécédents nettement tuberculeux. Traitement : Rayons X.
Nodules.	1 an.	Cercles très nets.	—	Kératose pileaire. Pas d'antécédents.
Petit nodule.	?	Anneaux caractéristiques.	—	Rhumatismes. Prurit. Elancements.
Nodules.	?	4 anneaux.	—	Prurit léger. Antécédents tuberculeux.
Nodules.	3 mois.	Guérison spontanée.	Pas de cellules plasmatiques.	L'auteur préfère le nom de celluloma annulaire.
Nodules.	11 ans.	Extension périphérique. Pas de cercles.	Classique.	Traitement par radium : bon effet.

CAS N°	AUTEURS	PUBLICATIONS	TITRE	SEXE	AGE	DISTRIBUTION DE L'ÉRUPTION
87	Heimann.	<i>Ibidem.</i> 1919	"	F	22 ans.	Dos des mains.
88	Ormsby et Stillians.	<i>Ibidem.</i> 1919	"	F	52 ans.	Dos main droite. Bras et cou.
89	Stillians.	<i>Ibidem.</i> 1919	An unusual case of granuloma annulare.	F	28 ans.	Coude droit. Coude gauche. Genoux.
90	Gougerot. Bonnin.	<i>Bull. S. Derm.</i> 1919	Granulome annulaire.	F	36 ans.	Dos des mains.
91	Milian, Sau- phar, Thibaut.	<i>Ibidem.</i> 1919	"	M	4 ans.	Face dorsale des doigts.
92	Sequeira.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1920	Ringed eruption of the fingers.	M	20 ans.	Annulaire gauche.
93	Haldin Davis.	<i>Brit. J. Derm.</i> 1920	Case of granuloma annulare.	M	14 ans.	Pouce droit. Dos des doigts de la main gauche.
94	Hudelo, Civat- te, Rabut.	<i>Bull. S. Derm.</i> 1920	Granulome annulaire à lésions dissémi- nées.	F	14 ans.	Dos main droite. 2 coudes, 2 genoux. Mollet droit. Cou et pied gauche.
95	Graham Little.	<i>Bull. G. Derm.</i> 1921	Granuloma annulare.	M	12 ans.	Dos de la main gau- che.
96	Burnier, Rej- sek.	<i>Bull. S. Derm.</i> 1922	Granulome annulaire.	F	16 ans.	Dos de la main gau- che. 2 avant-bras.
97	Danel.	<i>Ibidem.</i> 1922	"	F	26 ans.	Région rétro-auricu- laire droite.

LÉSION INITIALE	DURÉE	ÉVOLUTION	HISTOLOGIE	OBSERVATIONS
Nodules.	?	Placards annulaires.	—	Allemande. Pas de signes subjectifs.
Nodules il y a 2 ans.	?	Formation circinée.	Infiltration du derme. Foyer de nécrose.	—
Nodule.	10 ans.	Pas de tendance à forme des cercles.	Infiltration du derme. Cellules épithélioïdes.	R. Wassermann : positive. Radium : bon effet.
Nodules sortes de verrues.	2 ans.	Anneau, non pas accroissement excentrique mais « en serpentant »	Cellules épithélioïdes. Infiltration du derme.	Pas d'antécédents. Pas de tuberculose. Wassermann : négatif.
Nodules.	9 mois.	Plaques arrondies	Aspect tuberculeux.	Stigmates d'hérédosyphilis. Signes de tuberculose pulmonaire. Engelures.
Nodules.	17 ans.	Lésions circinées guérissant par endroits.	—	Durée exceptionnelle. Tuberculose pulmonaire. Rayons X sans effet.
Nodule.	1 an.	Infiltration nummulaire du derme.	—	Mauvaise circulation.
Macules blanches prurigineuses.	4 mois.	Anneaux.	Infiltration du derme. Cellules géantes.	Guérison par tuberculine. Malade chétive, choréique. Engelures. Antécédents tuberculeux.
Nodule comme grain de sagou.	1 an.	Cercles.	—	—
Nodule.	3 ans.	Progression excentrique. Centre affaîssi.	Infiltration du derme.	Extrémités froides. Engelures.
« Bouton » indolore.	8 mois.	Extension périphérique. Centre atrophie.		Guérison par crayon de neige carbonique.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Eruption nodulaire non circonscrite du dos des mains.

Observation inédite,
due à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH.

Mademoiselle A..., 22 ans, bien portante, pas d'antécédents, vient consulter le 13 juin 1910.

On trouve sur la face dorsale des mains et des doigts, surtout sur les articulations, des papules du volume d'un grain de mil, saillantes en dôme, arrondies, d'un rouge terne et dures au toucher. Quelques-unes constituent de véritables nodules rouges larges de 2 millimètres.

A la loupe, on voit que l'épiderme qui les recouvre est lisse et déplié.

Le sommet est occupé par un petit ombilic et une écaille épidermique dure et adhérente.

Les nodules sont un peu douloureux au choc, mais pas autrement ; ils se multiplient lentement et ont une certaine tendance à se grouper, mais ils ne forment pas de cercles.

Traitement : un gramme d'iodure de potassium par jour, pommade à l'ichtyol.

Le 18 avril 1911, la malade écrit d'Arcachon, où elle est en villégiature, que les lésions paraissent s'accroître.

Ce cas a été perdu de vue.

OBSERVATION II

Granulome annulaire évoluant depuis quinze ans

due à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH.

Mademoiselle B..., 23 ans, épicière, est une jeune fille bien portante, grande, ne se plaignant que de vagues troubles digestifs intermittents. L'affection qui l'amène consulter a débuté vers l'âge de 8 ans par un nodule légèrement saillant qui a présenté depuis une extension périphérique graduelle et continue.

Le 5 février 1917 on trouve sur le dos de la main gauche une vaste plaque violacée qui couvre la racine des quatre doigts, toutes les premières phalanges et les deux phalanges de l'annulaire. Cette plaque déborde par places le dos des doigts pour pénétrer dans les espaces interdigitaux.

L'aire est violacée mais normalement chaude et souple, on ne note aucune infiltration; à la loupe, les plis sont normaux.

Le bord est micropolycyclique, irrégulier et incomplet; il est formé par un bourrelet très légèrement saillant, très légèrement induré, pâle, perceptible à la vue et au toucher.

Ces lésions sont absolument indolentes, il n'y a jamais eu de rémission ni rien d'analogue ailleurs.

Le malade a des engelures tous les hivers, on remarque de plus des verrues planes sur les deux poignets.

On donne comme traitement un gramme d'iodure de potassium par jour et une pommade à l'ichtyol.

Le 1er avril 1917 la malade revient : l'aire ancienne reste simplement violacée, la bordure est réduite à de petits fragments, sur le bord de la main et les doigts, longs de 1 à 2 centimètres. Ce bourrelet est pâle, ferme, légèrement saillant, large de 2 à 3 millimètres. Quelques vagues douleurs rhumatismales gênent les mouvements des articulations de l'épaule, des poignets et des doigts.

Traitement : Liqueur de Fowler XII à XX gouttes par jour.

Le 21 juillet 1919 : la lésion avait complètement disparu, mais depuis un an, de nouveaux éléments sont apparus, juste au siège de l'ancienne bordure, formant un arc de cercle de 1 à 2 centimètres de long sur le bord cubital de l'auriculaire gauche, le bord radial du majeur et de l'annulaire droits. Sur le bord radial de la paume droite il y a en outre deux papules correspondant toujours à l'ancien contour.

Ces lésions sont indolentes, sensibles tout au plus à la pression.

Les anciennes verrues planes se sont multipliées et sont presque confluentes sur la face dorsale des deux poignets avec sensation de prurit.

On continue la Liqueur de Fowler et l'on prescrit une pommade à l'ichtyol résorcine 10 %.

Le 13 octobre 1919 : les verrues planes ont disparu au bout d'une semaine. Du granufome, il ne reste qu'une papule sur le bord radial de l'index gauche au niveau de la première articulation interphalangienne et quelques traces à la paume, tout près du premier espace interdigital.

On remplace le traitement arsenical par une médication iodée.

OBSERVATION III

Observation inédite

due à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH.

Suzanne L..., âgée de 9 ans, est une fillette bien portante, brune, un peu maigre. Elle a un frère aîné rhumatisant et son grand père maternel avait le diabète. Elle-même ne présente d'autres antécédents morbides que des engelures très abondantes tous les hivers.

La lésion actuelle est apparue il y a six mois sur l'index droit et il y a un mois sur l'index gauche.

La plus importante des lésions siège sur la face dorsale

de la première articulation interphalangienne de l'index droit. Elle forme une plaque de 15 millimètres de diamètre environ, irrégulière, comprenant un bourrelet saillant qui entoure une partie centrale déprimée du même niveau, de la même consistance que la peau saine, et à peu près de la même couleur. Le bourrelet mesure environ 2 millimètres de largeur, il est continu, de consistance ferme et fibreuse au toucher, sa couleur à l'état normal est légèrement rosée, mais la moindre traction sur la peau, la flexion du doigt, le fait pâlir et lui fait prendre une teinte blanc mât qui tranche sur les parties voisines et sur l'aire centrale déprimée. La lésion est totalement indolente.

La disposition du contour lui donne l'apparence d'être formé par confluence de lésions distinctes ou au moins de deux. Sur la face dorsale de la première phalange de l'index gauche se trouve une autre lésion identique, mais plus petite, de la grandeur d'une lentille et dont, par conséquent, le centre est à peine déprimé.

Il n'y a ni prurit, ni douleur, ni gêne d'aucune sorte. Rien ailleurs. Traitement : Iodure de potassium 0 gr. 20 par jour, pommade à l'ichtyol.

Cas perdu de vue.

OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le Professeur W. DUBREUILH.

Madame C. G..., 65 ans, se présente le 2 août 1911, pour une affection des mains qui date de deux ans, elle s'est montrée pour la première fois dans la paume gauche puis dans la paume droite sous forme de placards rouges. Les lésions ont apparu et disparu à plusieurs reprises et se sont finalement montrées avec les caractères actuels depuis deux mois.

Madame G... est une femme maigre, à peau fine et même notablement atrophique. Bien qu'elle n'ait jamais été exposée au soleil et que, en raison de sa situation sociale, elle ait

toujours porté des gants, la peau de la face dorsale des mains est très atrophiée, mince, laissant voir les veines, elle est marquée de nombreuses macules, brun noirâtre, très foncées, nettement délimitées où la loupe montre une surface finement grenue : ce sont des verrues séniles très pigmentées.

Depuis sa jeunesse elle souffre d'une entérite surtout caractérisée par de la diarrhée chronique et des coliques, mais sans fausses membranes. Elle a toujours souffert de rhumatisme : lumbago, nodosités d'Heberden, rhumatisme noueux des doigts, etc... Son père était graveleux, elle-même n'a pas eu de lithiase urinaire ni biliaire.

L'éruption actuelle date de deux mois et s'est développée progressivement : elle occupe surtout les faces dorsale et latérales des doigts des deux côtés ainsi que les bords des mains et aussi les plis interdigitaux. Elle est formée de nodules du volume d'un grain de chènevis jusqu'à 1 centimètre; les plus petits forment un nodule saillant, rouge, dur, bien délimité, superficiel, sans infiltration profonde et roulant sous le doigt. L'épiderme qui le recouvre en lipe est aminci, tendu, faisant corps avec le nodule sans desquamation ou autre altération. Les plus gros nodules, qui atteignent presque 1 centimètre, sont plus plats avec une petite dépression centrale arrondie, et un peu plus pâles.

Ces nodules sont généralement disséminés sur les faces latérales et dorsale des doigts, surtout au voisinage des articulations. On en trouve aussi dans les plis interdigitaux, mais ils n'ont pas de tendance à se grouper et à confluer. Ces lésions sont indolentes spontanément et même à la pression du doigt, mais elles sont douloureuses quand elles sont pressées par un corps dur.

Sur la paume des mains, surtout au voisinage du poignet, sur les éminences thénar et hypothénar, se trouvent des lésions évidemment apparentées mais assez différentes; ce sont de petites tâches rouge sombre de 2 à 3 millimètres de large, arrondies, un peu squameuses, vaguement indurées au toucher, assez indistinctes et confluentes en plaques irrégulières.

Toutes ces lésions ne dépassent pas le poignet, on n'en trouve pas ailleurs, notamment pas aux pieds ni aux coudes.

Traitement : Benzoïdhydrine, trois capsules par jour.

OBSERVATION V

Observation inédite

due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES.

Madame G..., 45 ans, ménagère, vient le 4 juillet 1921, à notre consultation à l'hôpital des Enfants, pour accompagner un petit malade.

Au moment où elle prend l'ordonnance formulée, nous remarquons sur le dos de la racine de son médius gauche, près de l'articulation métacarpo phalangienne, une infiltration vaguement ovalaire ayant 15 millimètres de diamètre transversal et 20 millimètres de diamètre longitudinal.

Le tour de la lésion est formé de nodules saillants, rose pâle, figurant une couronne incomplète. Au centre la peau est déprimée, d'une coloration normale.

A la palpation la couronne nodulaire est ferme, rugueuse, formant une saillie nettement perceptible. Cette bordure comprend 15 nodules de la grosseur approximative de grains de plomb numéro 3 ou 4, placés à côté les uns des autres, mais parfaitement isolables.

Au centre la zone plane et déprimée est souple, à la loupe les plis sont normaux.

La malade est en parfaite santé, elle a remarqué, sans y attacher d'importance l'évolution de ces lésions qui ne sont pas prurigineuses ni douloureuses et ne gênent pas les mouvements.

Le nodule primitif est apparu il y a quelques mois exactement au niveau de l'articulation métacarpo phalangienne du médius. L'aspect actuel que représente la photographie (Fig. 2)

est dû à l'apparition progressive de nodules de chaque côté de l'élément primitif et non à l'accroissement excentrique de celui-ci.

OBSERVATION VI

Granulome annulaire.

due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES

R. C..., 12 ans, en bonne santé, sans antécédents, est atteint depuis un an de deux lésions de la main droite.

La première a débuté au mois de septembre 1919, sur le dos de la première phalange de l'annulaire, par une élévation rouge, dure, sensible à la pression.

Quelques mois après apparaît une papule rougeâtre au niveau du bord radial du deuxième métacarpien.

Ces lésions se sont accrues en décrivant une demi-couronne de haut en bas et de proche en proche.

Le 13 septembre 1920, il existe deux cercles presque complets, larges comme deux pièces de 0 fr. 50, couvrant, l'un le bord radial de l'articulation métacarpo phalangienne de l'index, l'autre le dos de l'articulation métacarpo phalangienne de l'annulaire.

La bordure circulaire est formée dans l'une et l'autre lésion par la juxtaposition de six à dix nodules larges; les plus petits de 1 millimètre, les plus gros de 3 millimètres et hauts de 1 millimètre à 1 millimètre 5.

Le talus ainsi figuré est nettement saillant, rosé, ferme, lisse et légèrement infiltré; il n'est pas squameux ni prurigineux. Le contact et le frottement ne sont pas douloureux. L'aire centrale est légèrement déprimée, de coloration rosée.

Au premier examen les lésions donnent l'impression d'une épidermomycose. On prélève des fragments d'épiderme et l'on prescrit une pommade à l'iode chrysarobine à 1 %.

Le 27 septembre 1920, le malade revient amélioré. Entre

temps l'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas du tout d'une mycose.

Le 11 décembre 1920, les lésions sont stationnaires, il est apparu à côté des éléments du bord radial de la base de l'index, un nodule isolé, grand comme un grain de chènevis, blanc rosé, dur, enchâssé dans la peau. Ce nodule situé exactement sur la tête du deuxième métacarpien est à 3 millimètres de la bordure primitive et se voit nettement sur la photographie ci-jointe (Fig. 3).

Il existe également un nouveau nodule sur le dos de la première phalange de l'auriculaire droit. On prescrit une pommade à l'ichtyol résorciné 10 %.

Le 14 janvier 1921 la bordure nodulaire s'est affaissée : même traitement.

Le 17 juin 1921, M. le D^r Rocher excise la moitié de la lésion de l'index droit.

On donne au petit malade V à XX gouttes à chaque repas, *per os*, de teinture d'iode fraîchement préparée. Quelques mois après les lésions ont complètement disparu, la cicatrice des éléments excisés est souple et se voit à peine.

Examen histologique de l'élément excisé le 17 juin 1921

La lésion est constituée par un foyer d'infiltration cellulaire qui, sur la coupe présente la forme d'une lentille et est située en plein derme entre les glomérules sudoripares, immédiatement contigus, qui sont refoulés en bas, d'une part, et la couche superficielle du derme et l'épiderme qui sont soulevés, d'autre part.

Sur les côtés et au-dessus de cette lentille, l'infiltration forme des traînées rameuses qui, au moins dans les papilles, accompagnent très nettement les vaisseaux.

Dans la lentille elle-même on remarque que l'infiltration cellulaire est plus marquée à la périphérie, surtout à la partie profonde, elle est presque continue formant une sorte d'enceinte. Dans l'aire de cette ellipse sont quelques foyers d'infiltration dense et limitée plus clairsemés et le tissu conjonctif y est en grande partie dégénéré et métachromasique.

Cette infiltration est surtout formée de cellules fusiformes à noyau allongé avec un certain nombre de cellules à noyau rond plus coloré.

Toutes sont munies d'un protoplasma assez abondant et séparées par un reticulum très fin, de sorte que, même dans les foyers les plus compacts, l'infiltration n'est jamais très dense. Quelques-uns de ces noyaux allongés sont très pâles, mais on ne peut y distinguer de cellules épithélioïdes bien caractérisées, non plus que de cellules plasmatiques.

Dans cette aire, le tissu conjonctif est en grande partie dégénéré et, au lieu de former des faisceaux fibreux, nettement fibrillaires et se colorant en rouge par l'éosine, ils forment des traînées vagues d'une substance finement granuleuse se colorant en violet pâle par l'hématéïne et où les granulations se disposent quelquefois en réseau.

A ce tissu dégénéré sont mélangés en proportion variable, tantôt rares, tantôt prédominants, de gros faisceaux fibreux de structure et de coloration normales, tranchant par leur teinte rouge vif sur le violet pâle des parties dégénérées.

L'épiderme ne présente aucune altération dans aucune de ses couches et il est séparé de la partie malade que nous venons de décrire par une bande de tissu dermique normal traversé seulement par les traînées d'infiltration périvasculaire que nous avons mentionnées.

Les coupes colorées par l'orcéïne acide, montrent que les fibres élastiques sont normales.

La coloration par la méthode de Pappenheim ne permet pas de trouver des cellules plasmatiques.

On ne rencontre pas de microorganisme par le Gram Weigert et le Ziehl Nielsen.

OBSERVATION VII

Granulome annulaire géant.

Observation inédite

due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES

Madame C..., 48 ans, boulangère, habitant les environs de Bordeaux, se présente à la consultation le 23 décembre 1922 pour une lésion du dos de la main droite. Cette affection a débuté vers le mois de mai 1922 et elle a atteint d'emblée la grandeur actuelle par la coalescence d'une série d'élevures.

Jusqu'ici elle ne s'est pas inquiétée de cette affection qui, quoique légèrement prurigineuse, ne la gêne pas. Elle vient surtout parce qu'elle est ennuyée de montrer, en servant du pain, une main atteinte d'une affection cutanée que les clients remarquent.

Actuellement la lésion occupe le bord radial du dos de la main droite, débordant l'articulation métacarpophalangienne de l'index et du majeur d'une part, recouvrant l'articulation métacarpophalangienne du pouce d'autre part.

La forme générale, abstraction faite des sinuosités et des festons, est celle d'un ovale de 6 cm 5 dans le grand axe parallèle à celui de la main et de 5 cm dans le diamètre le plus petit. L'aspect objectif est celui d'une infiltration plus accusée à la périphérie que sur le fond.

La lésion est en réalité constituée par un talus saillant, festonné avec des courbures convexes puis concaves vers l'extérieur. Ce talus forme un relief de 3 à 4 millimètres dans sa plus grande hauteur, abrupt sur son versant externe avec une inclinaison qui s'éloigne peu de la verticale, tandis que, du côté interne, il se termine en pente douce sur une largeur de 6 millimètres. L'ensemble forme ainsi une vaste cupule de forme irrégulière.

Le fond est généralement plan, mais son niveau est plus élevé que celui de la peau environnante.

La bordure saillante a une couleur rose rouge bistré; le fond est plutôt de coloration fauve. La consistance du bord est ferme, nettement perceptible au doigt quand on procède à la palpation en fermant les yeux; celle du fond est plus ferme que la peau saine.

Le talus est luisant, comme vernissé, sans desquamation. Les plis et les stries de la peau ont disparu.

Le fond est également lisse, mais on voit çà et là quelques traces de striation: il donne l'impression générale d'une atrophodermie, bien que, en réalité, il soit surélevé par rapport à la peau voisine saine. Il n'a pas été possible, en raison de la saison, de voir si la sécrétion sudorale continuait à se produire.

Les divers modes de sensibilité sont normaux; comme il est dit plus haut, la lésion est indolente spontanément et à la pression avec un prurit très modéré. Pas d'antécédents.

Traitement: pommade ichtyol salicylé à 1 pour 10.

OBSERVATION VIII

Granulome annulaire.

(Personnelle)

M. Jean, 23 ans, cultivateur, est un homme robuste; il n'a jamais été malade et n'a pas d'antécédents héréditaires. Il nous est adressé le 20 novembre 1922 à la consultation de la Clinique Dermatologique de la Faculté par son médecin traitant pour les lésions du dos des mains que l'on trouve représentées sur la photographie n° 1 ci-jointe.

Les lésions occupent la face dorsale des deux mains, mais sont beaucoup plus importantes à gauche. Elles siègent presque toutes au voisinage de l'articulation métacarpophalangienne. Les plus petits éléments forment une élevation, une papule du volume d'un grain de mil, un peu saillante, perceptible au doigt, de couleur rose et pâle au sommet. Celles qui

sont un peu plus grandes, comme un grain de chènevis, ont la même structure. Elles sont rondes, le sommet, à peu près plat, est pâle et le versant très légèrement rosé présente un très fin plissement de l'épiderme visible seulement à la loupe, analogue à ce qui, en cartographie, représente les lignes de pentes.

Dès que les éléments atteignent le volume d'une lentille, leur centre commence à se déprimer en prenant une teinte rosâtre ou un peu bistrée.

Les plus grandes ne dépassent guère 10 à 12 millimètres de diamètre et sont nettement cerclées. Elles sont formées par un bourrelet périphérique de 2 millimètres de large, saillant, pâle, nettement perceptible au doigt, sans auréole rose appréciable et se détachant par sa pâleur sur les parties voisines. Le sommet présente une fine ligne d'hyperkératose écailleuse. L'aire déprimée est un peu plus rosée que le reste, sans pigmentation appréciable et l'on y retrouve le grain normal de la peau. Un grand nombre de cercles sont incomplets et réduits à un arc, sur la main droite notamment au niveau de la troisième articulation métacarpophalangienne, les éléments confluent en groupes polycycliques et à contours en guirlandes.

Un seul élément, dit le malade, est en voie d'accroissement : c'est un cercle isolé, un peu plus grand, situé sur la première phalange de l'index gauche. La consistance des éléments est ferme et fibreuse.

A la main droite il n'y a qu'un petit groupe polycyclique sur les troisième et quatrième métacarpiens.

Rien à la face qui est gaufrée par une ancienne acné juvénile.

Sur la verge, on trouve 3 plaques datant de 2 à 6 mois, siégeant sur la face dorsale et le côté gauche du gland et du reflet préputial. Elles n'offrent du reste pas les mêmes caractères et ce sont simplement de petites plaques rougeâtres, grandes comme des haricots, nettement délimitées, sans relief, sans le moindre bourrelet et sans aucune altération de l'épiderme.

Rien ailleurs.

Ces lésions sont complètement indolentes. Elles sont apparues sur la main gauche au mois de septembre 1921 et demeurent à peu près stationnaires. Le malade spécifie que ces lésions ont toutes débuté par un nodule qui s'est accru par la périphérie.

A l'auscultation, on entend quelques ronchus ; rien au cœur.

Wassermann : négatif.

Besredka : négatif.

Traitement : iodogénol, XX gouttes par jour ; pommade à Pichtyol à 1/10. On excise la moitié d'un des nodules de la main gauche ; fixation : alcool formol.

Le 8 janvier 1923, les lésions sont affaissées et ont, par places, la coloration de la peau normale.

Le 19 février 1923, ces lésions ont presque complètement disparu. On retrouve çà et là des taches plus brillantes au niveau desquelles la peau est plus lisse à la loupe et au toucher.

Biopsie. — La pièce, très petite, comprend une papule légèrement ombiliquée, mais n'atteint pas en profondeur les limites du derme et ne contient par conséquent pas de tissu graisseux ni de glomérules sudoripares.

Dans le derme se trouvent de nombreux foyers d'infiltration, irréguliers, rameux, sans relation évidente avec les vaisseaux situés à diverses profondeurs et atteignant parfois la couche papillaire. Ces foyers ont un aspect très particulier, paraissant dû à une sorte d'œdème et caractérisés par un état réticulé ; les cellules qui les composent sont étoilées, rameuses, formées d'un noyau presque nu avec un protoplasma rare, ramifié, réticulé, circonscrivant des espaces clairs. Ces noyaux sont petits, bien colorés, arrondis, et aucun ne présente les caractères de cellules plasmatiques, de mastzellen ou de cellules épithélioïdes.

Le tissu conjonctif dermique ne présente aucune altération spéciale, sauf qu'il est dissocié autour des foyers d'infiltration.

L'épiderme présente des altérations non moins singuliè-

res : aux deux extrémités de la coupe, il est parfaitement normal comme forme et comme structure, mais, assez brusquement apparaissent des lésions portant sur toutes les couches de l'épiderme. La *couche basale* disparaît en tant que couche différenciée, et la couche muqueuse, très mince, est formée de cellules mal distinctes, aplaties, petites, avec des noyaux petits et plats comme des bâtonnets parallèles à la surface. La couche granuleuse manque et la couche cornée, très claire, contient des petits noyaux aplatis.

La limite dermo-épidermique plane par disparition des papilles et des bourgeons interpapillaires est, dans son ensemble, finement déchiquetée.

Au milieu de la coupe et correspondant au centre de la lésion, marqué cliniquement par un léger ombilic, on voit reparaître une couche granuleuse peu développée.

Colorations. — Hématéine éosine. Van Gieson. Thionine.

Ziehl Nielsen, Gram Weigert : pas de microorganisme.

Orcéine acide : fibres élastiques normales.

Pappenheim : pas de cellules plasmatiques.

PHOTOGRAPHIES



FIG. 1

Main de M..., 23 ans.

Photographie due à l'obligeance de M. le Professeur DUBREUILH



FIG. 2

Main de M^{me} G..., 45 ans.

Photographie due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES

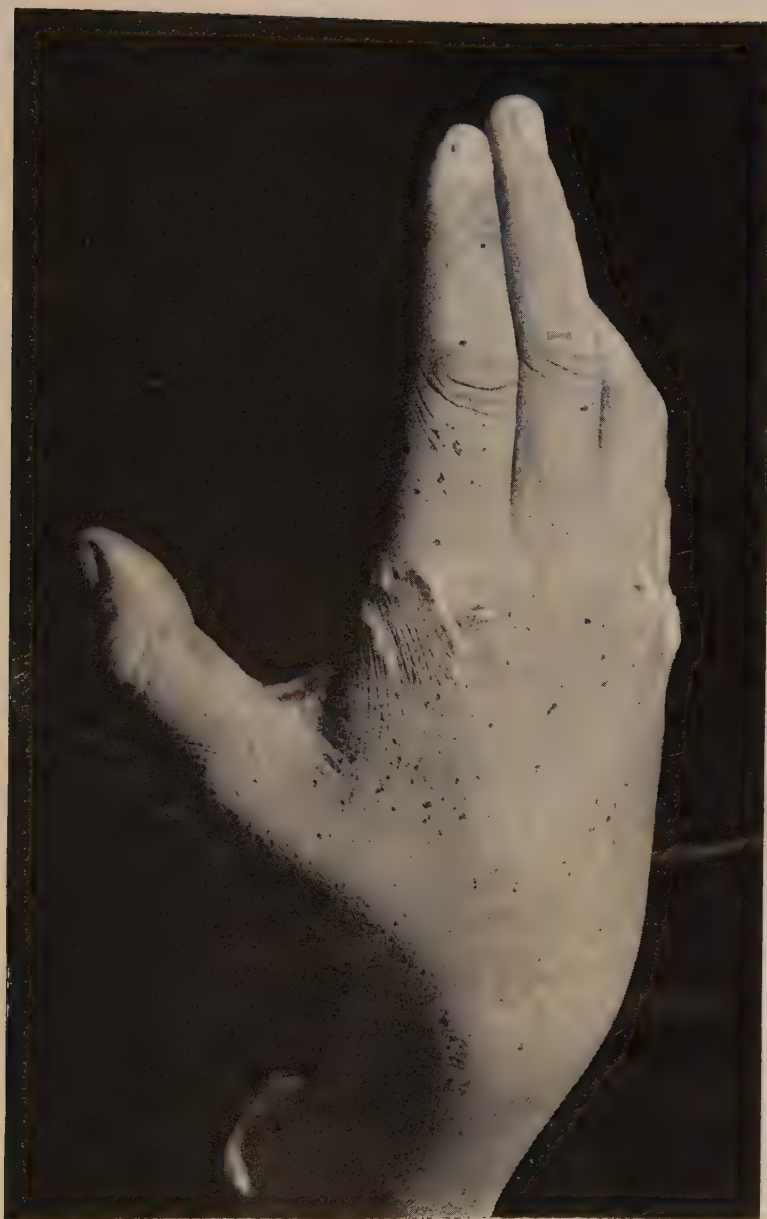


FIG. 3

Main de R. C..., 13 ans.

Photographie due à l'obligeance de M. le Professeur PETGES

CHAPITRE IV

Etude clinique et Anatomo-Pathologique

SYMPTOMATOLOGIE

Début.

Le plus souvent, le malade n'est averti que par la vue de la lésion élémentaire : le nodule, apparu avec la soudaineté d'une éruption urticarienne. Il est remarquable que ce début rapide ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif. Dans quelques cas cependant un prurit léger a été signalé.

La lésion élémentaire du granulome annulaire est, dans la règle, un nodule, mais on peut rencontrer une papule ou un anneau d'emblée. Le nodule est arrondi, semi-hémisphérique ou un peu irrégulier, et fait une saillie, assez peu notable, au-dessus du niveau du tégument ; il est parfois aplati et ombiliqué. Sa couleur varie du blanc au rose foncé, en passant par le rose pâle. Graham Little trouve qu'il ressemble comme aspect, mais non comme grandeur, à un grain de sagou cuit. Sa grandeur a été comparée, par d'autres auteurs, à celle de la tête d'une épingle de verre ou d'un petit pois.

A la palpation, ce nodule est ferme, lisse, il donne l'impression d'un pois enchâssé dans la peau, impression qui répond d'ailleurs à l'observation clinique et histologique ; il ne présente aucun caractère particulier à la vitro

pression. Ajoutons que ce nodule est indolent spontanément, et, au frottement, il n'est pas prurigineux.

Habituellement cet élément est apparu le premier, mais on peut trouver, dans les observations de J. Bury, Hutchinson, J. Smith, Pringle, R. Crocker, Sequeira, W. Dubreuilh, F. Dore et Petges, une papule primitive, rouge, large de 5 millimètres en moyenne, à bord bien délimité et quelquefois prurigineuse.

Enfin, la formation annulaire peut survenir d'emblée comme dans les observations de Sequeira et de Montgomery.

Période d'état.

Au bout d'un certain temps, 15 jours à 3 semaines en moyenne, l'affection prend son aspect clinique définitif. Les nodules voisins se groupent en cercles; une seule fois, Graham Little a vu un nodule se transformer en anneau, et ce cas était le plus douteux au point de vue du diagnostic.

Sur les 105 observations que nous avons recueillies, 97 ont un caractère majeur : les nodules montrent une tendance nette à se grouper les uns à côté des autres, de manière à former un agrégat dont le centre s'affaisse et guérit, tandis que la périphérie constitue un anneau.

Gougerot et Bonnin, puis Petges, signalent que l'affection qu'ils ont observée s'est accrue « en serpentant », en décrivant, de haut en bas et de proche en proche, la demi-couronne qui existe à la période d'état.

Dans les observations de Middleton, Hutchinson, Bury, Hartzell, Stillian et dans trois des derniers cas inédits de W. Dubreuilh, on trouve une variété disséminée ou groupée, non annulaire. Darier pense que cette forme répond, probablement, à l'Erythema Elevatum Diutinum de R. Crocker, partant aux cas observés par Middleton, etc.

Le Professeur Petges (observation n° 3) a observé un

granulome annulaire géant mesurant 6 cm. 5 de diamètre. Les nodules qui le forment sont pâles, recouverts d'un épiderme délicat, finement plissé, légèrement squameux.

Le talus a, en moyenne, 5 mm. de large, autant de hauteur. On a décrit un certain degré d'érythème immédiatement autour de l'anneau : ce halo de rougeur contraste avec la blancheur habituelle de la lésion.

Au centre se trouve une aire de peau que les auteurs décrivent différemment. D'ordinaire, cette zone centrale est plus sombre que normalement, plus congestionnée, plus rouge. Elle a été notée dans quelques cas « atrophique et cicatricielle », donnant l'impression d'une atrophodermie dans le cas n° 3 de Petges. Souvent aussi elle est normale.

Formes cliniques.

Cependant, la description et les photographies des cas typiques ne donnent pas la figure géométrique évoquée par la dénomination. Les nodules ne forment pas forcément des anneaux; ils se groupent en croissant, en feston, s'accroissent par confluence des circinations voisines et affectent, les uns par rapport aux autres, la disposition dite « en collier de perles ou de corail ». Enfin, dans quelques cas, rares, du reste, il n'y a pas du tout de lésions circonscrites : les nodules sont disséminés ou groupés en corymbes ou en tarse.

Graham Little a signalé aussi des cas dans lesquels les nodules primitifs n'étaient pas reconnaissables et formaient une bordure surélevée, infiltrée, presque uniforme. W. Dubreuilh, puis Gray, ont noté la coexistence de nodules sous-cutanés gros comme un pois, durs, adhérents à l'olécrane, dans le cas de Dubreuilh, indépendants du périoste, dans le cas de Gray.

Pringle, Hyde et Montgomery, puis Petges, ont décrit des éléments squameux et comme verruqueux, tandis qu'ils sont d'ordinaire lisses ou légèrement pityriasiques.

Nombre.

Les lésions sont habituellement en petit nombre. Quelquefois, il n'y en a qu'une ; exceptionnellement, elles peuvent être nombreuses, comme dans un cas de G. Little, où on en comptait 30, mais jamais elles ne sont généralisées à tout le corps.

Signes subjectifs.

A la période d'état, quelques auteurs : W. Dubreuilh, Petges, Gougerot et Bonnin, Mac Leod, J. Bury, F. Crocker, ont noté des élancements, des brûlures intermittentes, de la raideur des articulations digitales, un prurit léger, diurne ou nocturne. Dans un cas, G. Little signale un prurit intense. Mais on peut dire que, dans la règle, les lésions sont indolentes, tant au début qu'à la période d'état.

Siège.

Dans la majorité des cas, les lésions s'observent surtout sur les faces dorsale et latérales des doigts et sur la face dorsale des mains.

Les poignets, le cou, les coudes, les genoux, les cuisses et les fesses sont ensuite le plus souvent intéressés.

Plus rarement, on rencontre des nodules sur la face, à la limite du cuir chevelu, derrière les oreilles ; enfin, au niveau du dos de l'articulation tibio-tarsienne.

Haldin Davis a fait remarquer que le granulome annulaire se rencontrait, chez les jeunes enfants, plus souvent sur les cuisses et les fesses que sur les mains et les pieds.

Evolution. Durée.

Sans traitement, les nodules et les anneaux demeurent indolents ; ils ont peu de tendance à la guérison spontanée et paraissent même s'accroître petit à petit.

Des observations de W. Dubreuilh et de Sequeira montrent une durée exceptionnelle de 15 à 17 ans. Stillian, Malcolm Morris, Dawson et Hutchinson signalent ensuite les évolutions les plus longues, variant de 7 à 12 ans. Sequeira et Jadassohn ont cependant signalé des cas de guérison spontanée.

Avec une médication très simple, la guérison paraît être la règle. R. Crocker, Adamson, Burnier et Rejsek ont excisé un nodule et trouvé huit jours après que les nodules voisins s'étaient affaissés. Le Professeur Petges rapproche cette disparition des nodules à la suite de l'excision de l'un d'eux du phénomène observé dans le traitement des verrues : quand on traite la verrue mère, les autres guérissent.

Les éléments ne s'ulcèrent jamais, et ceci les rapproche des sarcoïdes de Darier, dans lesquelles l'ulcération est également absente. On peut dire, enfin, que, dans la majorité des cas, les lésions, quand elles disparaissent, ne laissent ni cicatrice, ni pigmentation anormale.

Quelques auteurs ont noté des récides. Rasch et Gergersen, après une guérison de 6 ans; en Amérique : White a vu des lésions disparaître au printemps pour reparaître en hiver; Jadassohn a observé une rechûte après 3 ans de guérison complète; Galewski et MacLeod ont vu reparaître les lésions après une disparition particulièrement rapide. G. Little, après 1 an et 3 ans de guérison. W. Dubreuilh, enfin, a observé une récide.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur les 105 observations que nous avons réunies, nous trouvons 43 biopsies qui permettent de distinguer au moins 2 types histologiques.

Premier groupe.

Le premier groupe comprend les cas de : W. Dubreuilh, Petges, Brocq, Audry, Crocker, Pringle, Savill, Cooper, Pery et Sichell, Leslie Roberts, Dawson, Chipmann, White, Vignolo Lutati, Bunch, Capelli, et 3 des observations présentées en 1908 par Graham Little.

Dans ces cas, identiques au lichen annularis décrit par Galloway, on a observé les lésions suivantes :

L'épiderme est mince, le plus souvent normal.

Dans le derme, on trouve des foyers d'infiltration situés à diverses profondeurs et groupés principalement autour des follicules pileux et des vaisseaux sanguins.

Dans notre cas cette infiltration n'a aucune relation avec les vaisseaux.

Examinées à un plus fort grossissement, ces cellules, qu'elles soient groupées et entourées de tissu conjonctif ou qu'elles soient disposées en rangées entre les fibres, paraissent répondre à deux types :

1° Une large cellule mononucléaire se colorant vivement, plus grande qu'un leucocyte mais sans l'enveloppe protoplasmique des cellules plasmatiques. Le protoplasma est représenté par un mince halo avec le noyau au centre.

2° De nombreuses cellules fusiformes, oblongues ou en forme de poire, ne se colorant pas si vivement que les précédentes, avec un noyau allongé.

Dans un cas, G. Little a rencontré des mastzellen plus

nombreux qu'à l'habitude. Dans ce même cas, dans ceux de Pery et Sichell, de Petges et de Pringle, on rencontre l'infiltration jusqu'à la partie la plus profonde du chorion, envahissant même les lobules adipeux.

Le tissu conjonctif dermique est le plus souvent normal; il est quelquefois œdémateux, dissocié autour des foyers d'infiltration.

Dans un cas du Professeur Petges, on rencontre un foyer de dégénérescence; les colorations électives montrent que les fibres élastiques ne sont pas altérées.

Dans tous les cas, il s'agit donc d'une inflammation chronique du derme s'étendant de la partie la plus profonde à la plus superficielle et localisée le plus souvent autour des vaisseaux sanguins, des glandes sudoripares et des canaux sudorifères.

Dans le deuxième cas de W. Dubreuilh, communiqué à G. Little en 1904, l'épaississement du corps réticulaire et du stratum granulosum est atypique. Mais l'infiltration est semblable à celle des autres cas rangés dans cette première catégorie.

Deuxième groupe.

Le deuxième groupe comprend les biopsies de W. Dubreuilh (1905), Rasch et Gregersen, Jadassohn, Galewski, Ormsby, Wende, Dalla Favera, Colcott Fox, Montgomery, Mac Leod, Adamson, 4 des cas de G. Little (1908), Gougerot et Bonnin, Burnier et Rejsek, Hudelo, Civatte et Rabut.

L'épiderme est mince la plupart du temps.

Quelques auteurs ont trouvé de l'hyperkératose diffuse, sauf en un point où il existe une diminution de la couche d'éléidine et de la parakératose: ce point correspond au bourrelet du granulome, car, à sa hauteur, les lésions dermiques sont développées au maximum.

Dans le chorion, la zone sous-papillaire est normale. Dans le cas de Galloway seulement, on observe à ce niveau une certaine infiltration.

Dans tous les cas, l'infiltration devient plus marquée dans la profondeur. Il y a surtout à la partie moyenne du derme une accumulation de cellules qui, à la coupe, constitue un nodule microscopique.

Dans les 4 cas de G. Little, la partie centrale du nodule semble être constituée par des glandes sudoripares augmentées de volume.

On rencontre aussi de semblables groupes de cellules autour des follicules pileux et des vaisseaux sanguins.

Dans 2 cas, Galloway et G. Little ont observé des zones de dégénérescence dans un amas cellulaire; le tissu conjonctif se retrouve sous forme de fibres fragmentées entre les cellules.

Dans les autres observations, les glandes sudoripares sont intactes, les vaisseaux sont constamment augmentés de volume et des rangées de cellules montent, de la profondeur du derme à sa partie la plus superficielle, le long des vaisseaux, des canaux sudorifères et des follicules pileux.

Examinés à un plus fort grossissement, ces amas ou ces rangées de cellules répondent à trois types : les deux premiers ont été décrits dans le premier groupe, le troisième répond à un petit nombre de cellules faiblement colorées du type épithélioïde. On trouve souvent des mastzellen et quelques cellules plasmatiques.

G. Little a rencontré des cellules géantes, mais, en aucun cas, la structure du tubercule type.

Krausner décrit, dans les coupes qui lui ont été communiquées, des amas de cellules épithélioïdes dans le chorion, mais pas de cellules géantes, de cellules plasmatiques ni de mastzellen.

Gougerot et Bonnin décrivent un épiderme normal. Il existe dans le derme moyen quelques gros nodules et de larges traînées d'un infiltrat très mêlé, formé de lymphocytes et de moyens mononucléaires à noyau foncé, de cellules conjonctives basophiles dessinant un réseau. Quel-

ques-unes de ces cellules lymphoconjonctives sont nettement de dégénérescence épithélioïde et acidophile ébauchant sur certaines coupes des follicules épithélioïdes.

Milian, Sauphar et Thibaut trouvent, toujours dans cette zone moyenne du chorion, des cellules d'apparence épithélioïde se transformant en cellules à noyaux multiples, puis tendant vers la cellule géante. Ils concluent : « L'aspect général rappelle certaines formes de tubercules lupiques qui n'arrivent pas à la caséification. »

Plusieurs auteurs ont recherché les cellules plasmatiques par le réactif de Pappenheim; ils n'en ont pas trouvé en nombre inaccoutumé. W. Dubreuilh et Petges n'en ont pas trouvé du tout dans leurs deux dernières biopsies. C'est pour cette raison que Pernet écarte le nom de granulome, forme histologique dans laquelle ces cellules existent en grand nombre.

D'autres auteurs, enfin, ont vainement recherché des microorganismes par le Gram Weigert et le Ziehl Nielsen.

En somme, les examens histologiques ne sont guère concordants : on trouve bien deux principaux types, mais les caractères de l'inflammation du derme sont variables. G. Little, en 1908, et Darier, en 1918, tendent à considérer le granulome annulaire comme se rapprochant à bien des égards des nodosités tuberculoïdes sous-cutanées. On ne trouve cependant pas la structure des sarcoïdes de Darier Roussy ou de la lupoïde cutanée de Bœck Darier, dans lesquelles le tissu tuberculoïde prédomine et semble même souvent exclusif.

Dans le cas de Gougerot-Bonnin, les formations tuberculoïdes sont rares, les cellules géantes sont incomplètes, sauf une.

Dans les deux derniers cas observés par W. Dubreuilh et Petges, on ne trouve aucune lésion pouvant faire rapprocher le granulome annulaire d'une tuberculide.

ETIOLOGIE

Contrée.

Il résulte des observations que le granulome annulaire est plus fréquent en Angleterre ou qu'il y est plus facilement reconnu. Ajoutons que, parmi les observations américaines, on rencontre deux cas survenus chez des Anglais expatriés.

Saison.

Dans les quelques cas où il a été permis d'affirmer la date du début de l'affection, on a noté que c'était au printemps ou en été comme dans deux des derniers cas de Dubreuilh et Petges. Cette influence de la chaleur fait de suite penser à l'infiltration siégeant autour des glandes sudoripares dilatées que décrivent certains auteurs.

Age.

Le granulome annulaire est une affection des jeunes : la statistique, en effet, montre que l'âge moyen paraît être 16 ans. On rencontre 42 cas au-dessus, 63 au-dessous de 20 ans. Les malades les plus jeunes sont ceux de W. Dubreuilh et de Haldin Davis, qui ont respectivement 19 et 16 mois. Les plus âgés sont ceux de Hutchinson (65 ans) et de Jadassohn (59 ans).

Sexe.

Sur 105 cas, on relève : 43 hommes et 59 femmes ; dans 3 observations, le sexe n'est pas spécifié.

Terrain.

Dans les observations de Hutchinson et de G. Bury, les malades sont rhumatisants ou goutteux. Les sujets de Crocker, Fox et Galloway sont tous d'une santé délicate, faibles de la poitrine, rachitiques. Des malades de Dubreuilh, les unes ont des antécédents rhumatismaux; l'une est « petite, brune, mince, névropathe et constipée »; l'autre est rhumatisante; d'autres, enfin, sont sujettes aux engelures. Dans 8 cas, on note des signes manifestes de tuberculose chez le malade ou chez ses ascendants.

Dans une vingtaine d'observations, le malade est chétif, d'un tempérament lymphatique; son état général est médiocre. Enfin, d'autres auteurs ont rencontré des choréïques, ce qui serait en rapport avec la nature rhumatismale, des tempéraments migraineux, des diabétiques, des lithiasiques biliaires ou rénaux, en un mot des varia de la « diathèse arthritique ». Mais il est à remarquer que l'on a examiné d'une façon superficielle, le plus souvent, l'état général des malades. Dans bon nombre d'observations, en effet, ils sont pâles, chétifs, délicats, sujets aux engelures. Un examen approfondi aurait peut-être élevé le pourcentage de la tuberculose coexistante.

Dans les cas où elle a été recherchée, la tuberculino-réaction s'est habituellement montrée positive. Dans notre observation, la réaction de Besredka a été négative.

A côté de ce terrain suspect de tuberculose, on a recherché la syphilis. Quelques auteurs, Stillian et Hartzell, ont trouvé un Wassermann positif; Milian, Sauphar et Thibaut, un Wassermann positif d'une façon transitoire. Le traitement spécifique n'a eu aucune influence sur les lésions.

Influence du traumatisme.

Dans les cas de Hutchinson, il semble que la pression du chapeau sur le front, le contact de la face interne du

genou sur la selle aient eu une influence réelle. Mais ces cas sont douteux et ne peuvent être rangés d'une façon certaine dans le cadre de l'affection que nous étudions. Pernet a signalé l'apparition d'un nodule sur la cicatrice d'une blessure par écharde.

Dans les autres cas, on ne peut attribuer au traumatisme un effet certain; d'une façon générale, cependant, les lésions sont disposées sur les reliefs osseux, ce qui fait de suite penser à l'influence du frottement et du traumatisme.

PATHOGENIE

Nous ne pouvons expliquer la production des nodules dermiques qui constituent le granulome annulaire. Le mode de début ne paraît pas en rapport avec la tuberculose, dont l'évolution est particulièrement lente. Cependant, Darier a obtenu des nodules tuberculeux quinze jours après l'injection des bacilles de Koch, ce qui prouve que le tubercule histologique peut se produire rapidement. Il en est de même de l'éruption de lichen scrofulosorum survenant quelques heures après une injection de tuberculine.

Ressort-il quelques indications relatives à la pathogénie des nombreuses dénominations de l'affection étudiée ? Il n'en est rien et nous pouvons, après avoir repassé tour à tour la clinique et l'anatomie pathologique, discuter de la meilleure appellation. D'éliminations en éliminations, il semble bien que « granulome annulaire » doive être adopté. Cette dénomination, en effet, ne préjuge en rien de la nature et souligne bien l'aspect macroscopique des lésions. Aussi bien, ce terme est-il court, euphonique et suggestif. Il nous semble supérieur à bon nombre des dénominations employées en dermatologie, comme les mots de : psoriasis, de tubercule, appliqué, dans un sens symptomatique, à des affections non tuberculeuses.

Continuons donc à dire granulome annulaire; l'appellation n'est pas parfaite, car elle s'applique à une lésion qui n'est pas un granulome véritable et que sa forme n'est pas constamment annulaire, mais elle est compréhensive et la plus communément employée.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif.

On reconnaîtra un granulome annulaire à son aspect général si spécial que, dans la plupart des cas, il impose le diagnostic. Il faudra cependant rechercher la lésion élémentaire : le nodule, qui existe dans l'immense majorité des cas. On s'aidera des caractères particuliers de l'affection : son indolence habituelle, la tendance des éléments à former des anneaux, à se grouper en « collier de perles » ou en croissants.

En présence d'une forme non annulaire, on fera difficilement le diagnostic : il faudra rechercher le caractère nodulaire, les localisations électives que nous avons signalées par ordre de fréquence, les signes négatifs, en particulier la vitropression.

Diagnostic différentiel.

Nous nous bornerons à signaler les diagnostics discutés par les auteurs en conservant pour les classer l'ordre chronologique.

1° *Lupus érythémateux*. — Le Professeur Dubreuilh différencie l'éruption circinée chronique de la main du lupus érythémateux, qui a un caractère plus inflammatoire, une bordure squameuse, jamais nodulaire, une aire centrale nettement atrophique. Le lupus érythémateux est rouge et il y a toujours des altérations épidermiques (hyperkératose, dilatation des orifices folliculaires).

Le granulome annulaire est pâle, formé de bourrelets plus étroits, bien limités, et les altérations épidermiques sont nulles ou minimales.

2° *Lichen plan*. — Le nom de « lichen annularis » de Galloway prête à confusion ; plusieurs observateurs, en

effet, ont pensé qu'il s'agissait de lichen plan, dont les lésions circonscrites sont difficiles à différencier du granulome annulaire. Cliniquement, le lichen plan se rencontre rarement chez l'enfant, sa papule caractéristique offre la grandeur moyenne d'un grain de mil, sa forme est polygonale, son sommet est plan et luisant. Enfin, il est prurigineux, caractère se rencontrant rarement dans le granulome annulaire. Histologiquement, les lésions sont aussi bien différentes : le stratum granulosum, si notablement accru dans le lichen plan, ne l'est pas du tout dans les cas typiques de granulome annulaire. Enfin, dans le lichen plan, l'infiltration est plus circonscrite, plus superficielle.

3° *La porokératose*. — Graham Little, dans son mémoire de 1908, signale un granulome annulaire à petites lésions disséminées se rapprochant de la dermatose décrite par Mibelli. La porokératose a comme lésion élémentaire une papule cornée régulièrement conique, du sommet de laquelle émerge un bouchon corné. A un stade plus avancé, il existe des plaques annulaires. Au centre, la peau est atrophique, le bourrelet est creusé d'un sillon.

4° *Les verrues*. — Graham Little remarque que les malades englobent sous ce terme générique n'importe quelle éruption survenant au niveau des mains; il est probable que ce sont des observateurs inexpérimentés qui ont confondu les nodules primitifs du granulome annulaire avec des verrues.

La verrue vulgaire, extrêmement commune sur la face dorsale de la main, forme une saillie hémisphérique grande comme une tête d'épingle. La surface est finement mamelonnée, entourée d'une collerette d'épiderme corné épaissi.

Les verrues planes se rencontrent chez les jeunes sujets aux mêmes endroits que le granulome annulaire; elles forment de petites élevures aplaties, très peu saillantes, arrondies ou irrégulières, larges de 1 mm. à 1 cm. Elles desquamant en lamelles horizontales. Les verrues planes

juvéniles ne se disposent jamais en anneau et sont moins volumineuses, moins dures au toucher que les nodules du granulome annulaire. Enfin, elles sont superficielles et purement épidermiques; le granulome annulaire est profond, dermique, et l'on ne peut que concevoir la coexistence des deux affections.

5° *Sarcoïdes*. — Rasch et Gregersen, Brocq, Galewski, Graham Little, Gougerot et Bonnin, Milian, Sauphar et Thibaut, etc., s'attachent à différencier les nodules du granulome annulaire des tuberculides et des sarcoïdes.

Les sarcoïdes de Boeck se rapprocheraient davantage des nodules du granulome annulaire par leur volume, leur coloration et ce caractère commun : l'ulcération toujours absente. Mais les ganglions lymphatiques sont engorgés; le siège est différent.

Les sarcoïdes sous-cutanées de Darier sont plus profondément situées; elles débutent, en effet, par l'hypoderme; leurs contours sont enfin plus difficiles à délimiter que ceux des nodules de l'affection que nous étudions.

L'histologie montre que les sarcoïdes ont une structure nettement tuberculeuse. Il existe des cellules épithélioïdes en abondance et des cellules géantes.

La structure tuberculoïde de quelques biopsies de granulome annulaire ne nous permet pas de conclure à la nature bacillo-tuberculeuse de l'affection. Cornil, Nicolas et Favre, dans la syphilis; Gougerot, dans la sporotrichose, ont rencontré les lésions les plus tuberculoïdes.

6° *Syphilides nodulaires*. — Plusieurs auteurs ont confondu le granulome annulaire avec la syphilis. Cette affection, en effet, a une tendance naturelle à grouper ses éléments en corymbe, en croissants et en arcs de cercle. Le diagnostic sera particulièrement difficile; on s'aidera des signes objectifs : couleur fauve des nodules, leur infiltration et les caractères de l'aire centrale. Un Wassermann et l'anamnèse permettront le plus souvent de confirmer l'impression clinique.

7° *Epidermomycose*. — Savill, Whitfield et Petges ont pris un granulome annulaire au début pour une épidermomycose. Dans ces trois cas, les éléments primitifs étaient constitués par de petites papules rouges à centre légèrement squameux. Il manquait les vésicules ou les vésico-pustules, qui, dans les cas ordinaires, permettent le diagnostic. En cas de doute, il faudra prélever des squames aux fins d'examen microscopique et de culture.

Nous avons passé en revue les divers diagnostics posés par les auteurs ; il nous reste à énumérer, suivant le siège, quelques affections qui paraissent pouvoir être confondues avec le granulome annulaire.

1° *Sur les mains*. — Nous ajouterons pour les éliminer : le callus, la tuberculose verruqueuse et le xanthome tubéreux qui ne présentent pas les mêmes caractères. Darier, en 1916, décrit un cas d'érythème annulaire centrifuge, il en fait une variété d'érythème polymorphe et pense que cette affection n'a rien de commun avec le granulome annulaire. Elle s'en distingue par la marche aiguë de l'éruption, les poussées successives, enfin, par la forme des plaques rouge vif qui constituent surtout des plateaux.

2° *Au niveau de la face*. — Les nodules lupiques seront reconnus à leur extrême mollesse, à leurs caractères particuliers, à la vitro-pression.

L'ulcus rodens atrophique du Professeur Dubreuilh siège le plus ordinairement au niveau de la tempe : il n'atteint jamais de grandes dimensions. L'aire centrale est plus nettement déprimée que celle du granulome annulaire, le bourrelet bien moins saillant n'est en aucun cas formé par la juxtaposition de nodules. Une biopsie, en cas de doute, permettra le diagnostic.

On pourrait, en s'aidant de classifications artificielles, faire entrer dans le chapitre du diagnostic les dermatoses les plus éloignées de l'affection qui nous occupe. En réalité, les premiers auteurs ont posé les seuls problèmes qui viennent à l'esprit du dermatologiste.

TRAITEMENT

Dans beaucoup de cas les médications externes ont été suffisantes et ont fait disparaître les lésions en un temps plus, ou moins long.

On a employé sous forme de pommades ou d'emplâtres : l'acide salicylique, la résorcine, l'ichtyol, la chrysarobine. La biopsie a eu dans plusieurs cas une influence heureuse, c'est pour cette raison que Smith puis Milian préconisent l'excision de l'un des éléments comme moyen thérapeutique.

D'autres auteurs préconisent les scarifications qui, à vrai dire, n'ont jamais été essayées. Burnier et Rejsek, Hudelo, Civatte et Rabut ont obtenu de bons résultats en injectant de petites doses de tuberculine dans le voisinage des lésions.

Graham Little, en 1914, Danel (de Lille), en 1922, ont employé avec succès le crayon de neige carbonique dans des cas de granulome annulaire peu étendu.

Enfin, en Amérique, surtout, on a eu quelques succès avec les Rayons X 10 H et le Radium filtré à travers une plaque d'aluminium de 4 millimètres d'épaisseur. Sequeira, par contre, a employé les rayons X sans résultat appréciable.

Quelques médications internes ont été employées : les Professeurs Dubreuilh et Petges donnent de l'iode sous forme d'iodure de sodium, d'huile de foie de morue, d'iodogénol ou de teinture d'iode. Mac Leod a obtenu de bons résultats en donnant de l'iode *per os* sans traitement local.

Jadassohn et Crocker ont trouvé que l'arsenic réussissait mieux que les traitements externes.

En somme, le traitement comprend l'application de médicaments réducteurs et l'ingestion de préparations toniques et fortifiantes.

PRONOSTIC

Le granulome annulaire est une affection bénigne mais disgracieuse; il disparaît sous l'influence de médications simples.

Le pronostic est cependant assombri par la tuberculose quelquefois coexistante et qu'il faudra toujours rechercher.

CONCLUSIONS

1° Nous avons cherché à faire une monographie aussi complète que possible du granulome annulaire. Nous avons pu réunir 105 observations, dont 8 inédites et accompagnées de 3 photographies et de 2 examens microscopiques.

2° Cette affection n'a jamais été l'objet d'un travail d'ensemble en France. Bien que ce soit une dermatose assez rare, les observations publiées sont relativement nombreuses, ce qui est dû à sa physionomie assez frappante.

3° Le granulome annulaire constitue un type clinique bien individualisé et s'accompagne de lésions histologiques variables, mais ayant toujours entre elles une certaine analogie.

4° La nature est encore assez incertaine et son origine tuberculeuse, admise par quelques auteurs, n'est nullement démontrée.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
W. DUBREUILH.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 mars 1923.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDRY. — Erythémato-sclérose circinée du dos de la main. *Annales de Dermatologie*, 1904, p. 9.
- BROCQ. — Les Lichens. *Pratique dermatologique*, 1902, tome III, p. 140.
- *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, 1907, tome II, p. 276.
- BRUN. — Granuloma annulare (R. Crocker). *Archiv. für Dermat. u. Syphil.* 1921, pp. 135, 117, 131.
- BUNCH. — Granuloma annulare in a boy aged 2½. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London. Dermatological Section*, 19 octobre 1911, p. 3.
- Granuloma annulare. *Royal Society of Medicine. Derm. Section*, 19 oct. 1911. *British Journal of Dermatology*, novembre 1911, p. 357.
- Three cases of granuloma annulare. *Brit. Journ. of Derm.*, juin 1913, p. 183.
- BURNIER et REJSEK. — Un cas de granulome annulaire. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 11 mai 1922, p. 218.
- BURY (J.). — Erythema elevatum diutinum. *Illustrated med. News*, 23 février 1889. *Hutchinson's Archives of Surgery*, II, n° 8, planche LXI.
- CAPPELLI. — Contributo allo studio del cosi detto granuloma annulare. *Giornale ital. d. mal. v.*, 1909, p. 799.
- CAVAFY (John). — An unusual affection of the hands. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1892, p. 1.
- CHIPMAN (T.). — Case of granuloma annulare. *Brit. Journ. of Dermat.*, novembre 1911, p. 349.

- CROCKER (R.) et WILLIAMS. — Erythema elevatum diutinum. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1894, p. 1.
- CROCKER (R.). — Erythema elevatum diutinum. *Brit. Journ. of Dermatol.*, 1894, p. 148.
- A new case of granuloma annulare. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1902, p. 307.
- Granuloma annulare. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1902, p. 1.
- CROCKER-BUNCH. — Granuloma annulare. *Royal Society of Medicine. Derm. Sect. Brit. J. of Dermat.*, 1909, p. 88.
- DANEL. — Granulome annulaire rétro-auriculaire. Guérison par le crayon de neige carbonique. *Société de Dermat. et de Syphiligr.*, 6 juillet 1922, p. 293.
- DARIER (J.). — De l'érythème annulaire centrifuge (Erythème papulo circiné migrateur et chronique) et de quelques éruptions analogues. *Annales de Dermatologie*, 1916, p. 57.
- *Précis de Dermatologie*, 1918, p. 279.
- DAVIS. — Case of granuloma annulare. *Royal Society of Medicine of London. Dermat. Sect.*, 17 février 1910, p. 57.
- Granuloma annulare in a child 16 months old. *Royal Soc. of Med. Dermat. Section*, 17 février 1910. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1910, p. 70.
- Granuloma annulare. *Proceedings of the Royal Soc. of London. Section for the study of disease in children*, 2 nov. 1911, p. 48.
- Case of granuloma annulare. *Proceedings of the Royal Soc. of London. Section of Dermat.* 18 décembre 1919, p. 36. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1920, p. 48.
- DORE. — Case of granuloma annulare. *Proceedings of the R. S. of L. Dermat. Sect.*, 16 oct. 1913, p. 1.
- DUBREUILH (W.). — Sur un cas d'éruption circinée chronique des mains. *Annales de Dermatologie*, avril 1895, p. 145.
- Néoplasie nodulaire et circinée. *Annales de Dermat.* 1905, p. 65.
- *Ibidem*, 1905, p. 68.
- *Ibidem*, 1905, p. 69.
- *Précis de Derm.*, collection Testut, G. Doin, Paris, 1917.

FAVERA (Dalla). — Breitrage zum studium d. sogerrauten. Granuloma annulare (Crocker). Eruption circinée chronique de la main (Dubreuilh). *Dermat. Zeitschrift*, 1910, p. 541.

— Contributo allo studio del cosi detto granuloma annulare, *Soc. Italiana di Dermat.*, 1909. — *Giornale ital. d. mal. v.*, 1909, p. 373.

— Contributo allo studio del cosi detto granuloma annulare (Crocker). Eruzione circinata cronica d. mano d. Dubreuilh. *Decima riunione d. Soc. It. di Dermat. e Sifilografia*. Rome, 16-19, décembre 1908.

— Erythema elevatum diutinum und Granuloma annulare. *Dermat. Zeitschrift*, 1910, p. 541.

— Erythema elevatum diutinum (granuloma annulare). *Undecima riunione d. Soc. ital. di Dermatologica et Sifilografia*. Rome, 20-23, décembre 1909, G.I.M.V. 1910, n° 2, p. 236.

FIMSY (J.-M.). — Erythema marginatum perstans. *Medical Press*. 21 janvier 1903, p. 51. *Brit. J. of Derm.*, 1903, p. 375.

FORDYCE (John A.). — Granuloma annulare. *New-York Derm. Society*, 25 nov. 1913. — *Journal of cutaneous diseases*, 1914, p. 373.

FOX (Colcott T.). — Erythema gyratum perstans in the two elder members of a family. *Atlas international*, 1891, fasc. V, planche 16.

— Ringed eruption on the fingers. *Dermat. Society of London*, 13 février 1895. *Brit. J. of Derm.*, 1895, p. 91.

— Ringed nodular eruption in an infant. *Dermat. Soc. of London*, 11 décembre 1895. *Brit. J. of Derm.* 1896, p. 15.

— Persistent erythema. *Derm. Soc. of London*, 8 mars 1899. *Brit. J. of Derm.*, avril 1899, p. 158.

— Case of granuloma annulare. *Royal Society of Medicine. Dermat. Section*, 16 juin 1910. *Brit. J. of Dermat.* 1910, p. 264.

GALEWSKY. — Tumores benigni sarcoïdei cutis. Eruption nodulaire circinée des mains (de Dubreuilh). *Ikonographia dermatol.* Planche XVIII, p. 91.

- GALLOWAY. — Lichen annularis; a « Ringed eruption » of the extremities. *Brit. J. of Derm.*, juin 1899, p. 221.
- Lichen annularis. *Dermat. Society of London*, 14 juin 1899. *Brit. J. of Dermat.*, juillet 1899, p. 288.
- GOUGEROT et BONNIN. — Granulome annulaire ou Erythémato-sclérose circonée des mains : discussion étiologique. *Bulletin de la Société Française de Dermat.*, 13 mars 1919, p. 50.
- GRAY. — Granuloma annulare with subcutaneous nodules. *Royal Soc. of Medicine of London. Dermat. Sect.*, 19 mars 1914, p. 160.
- GRUTZ et HOMEMANN. — Granuloma annulare. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.* 1921, 1, p. 136.
- HALLE. — Erythema Elevatum diutinum. *Deutsche dermat. Gesellsch.* 1908,, X, p. 127.
- Erythema elevatum diutinum. *Berliner Dermatol. Gesellschaft.*, 18 févr. 1908. *Dermat. Zeitschrift*, 1908, II, p. 302.
- Eryth. elev. diut. *Archiv. f. Dermat. u. Syph.*, 1909, XCIX, p. 51.
- HARTZELL. — Granuloma annulare. *Philadelphia dermat. Society*, 13 décembre, 1904. *Journ. of cutaneous Dis.*, 1910, p. 302.
- Granuloma annulare, *Journal of the American Medic. Association*, 18 juillet 1914, p. 230.
- HEIMANN. — Erythema Elevatum diutinum. *New-York Acad. Medic. Dermat. Sect.*, 7 novembre 1917. *Journ. of cut. dis.*, 1919, p. 145.
- HUTCHINSON. — Symmetrical Purple congestion of the skin. *Brit. J. of Derm.*, 1888, p. 10.
- Symmetrical Purple congestion of the extremities. *Archiv. of Surgery*, 1890, L., p. 268.
- Erythema elevatum diutinum. *Archiv. of Surgery*, janvier 1894.
- HUDELO, CIVATTE, RABUT. — Granulome annulaire à lésions disséminées. Traitement par la tuberculine. *Société Franç. de Dermat.*, 8 janvier 1920.
- KLOTZ. — Erythème circoné chronique du dos des mains. *New-York Dermat. Society*, 24 sept. 1895. *Journ. cutan. dis.*, 1895, p. 502.

- KRAUSNER (T.). — Granuloma annulare. *Archiv. f. Dermat.*, 1914, CXX, p. 247.
- LEDERMANN. — *Dermat. Zeit, Berlin*, 1^{er} mars 1892. *Monatsh f. p. D.*, 1892, pp. 1, 521.
- LEOD (Mac). — Case of granuloma annulare. *Royal Soc. of Medic. Dermat. Sect.*, 16 novembre 1911. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1911, p. 409.
- A case of granuloma annulare. *Royal Soc. of Medic. Derm. Sect.*, 18 octobre 1917. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1918, p. 34.
- LIEBRICH (T.). — Granuloma annulare und lichen ruber planus. *Archiv. f. Derm. u. Syph.*, 1916, Bd CXXIII, helt I, p. 180.
- LITTLE (Graham). — A case of granuloma annulare. *Dermatolog. Soc. of London*, 11 avril 1906. *Brit. J. of Derm.*, 1906, p. 182.
- Granuloma annulare. A clinical and histological study. *Brit. J. of Derm.*, 1908, p. 213.
- Case of granuloma annulare. *Royal Soc. of Med. Dermat. Sect.*, 17 novembre 1910. *Brit. J. of Derm.*, 1910, p. 389.
- Case of recurrent granuloma annulare. *Proceedings of the R. Soc. of Med. of Lond. Derm. Sect.*, 14 décembre 1911, p. 65.
- Case of granuloma annulare. *Proc. of the R. Soc. of London. Derm. Sect.*, 19 mars 1914, p. 171.
- Granuloma annulare with a widespread follicular eruption. *Royal Soc. of Med. Derm. Sect.*, 16 décembre 1915. *Brit. J. of Derm.*, 1916, p. 40.
- A case of granuloma annulare. *Royal Society of Med. Derm. Sect.*, 16 mai 1918. *Brit. J. of Derm.*, 1918, p. 167.
- A case of granuloma annulare. *R. Soc. of Med. Derm. Section*, 21 avril 1921. *Brit. J. of Derm.*, 1921, p. 300.
- LUTATI (Vignolo). — Granuloma annulare. *Dermat. Wochensch*, 1912, I, p. 77.
- MIDDLETON. — A case of subcutaneous nodules in the hands of a rheumatic patient. *Journ. of the American Med. Association*, 1887, p. 443.

- MILIAN, SAUPHAR et THIBAUD. — Granulome annulaire. *Bulletin de la Société de Dermat.*, novembre 1919, p. 269.
- MORRIS. — Case for diagnosis. Granuloma annulare ? *Proc. of the Roy. Soc. of Med. of London. Dermat. Sect.*, 17 juin 1909, p. 149. *Brit. J. of Derm.*, août 1909, p. 258.
- ORMSBY, STILLIANS. — Granuloma annulare. *Chicago Derm. Soc.*, 13 juin 1918. *Journ. cutan. disease*, 1919, pp. 256, 257.
- PAYNE (J.-F.). — On persistent erythema and its treatment. *Brit. J. of Dermat.*, 1894, p. 129.
- PELLIER. — Stéréo phlogose nodulaire et circonscrite (Granulome annulaire de R. Crocker). *Annales de Dermat.*, 1910, p. 28.
- PERNET. — Case of granuloma annulare. *Proc. of the R. Soc. of Med. of London. Derm. Sect.*, 16 octobre 1919, p. 7.
- PERRY et SICHEL. — Granuloma annulare and herpes zoster. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1905, p. 61.
- PICCARDI (G.). — Erythema elevatum et diutinum. *Dermat. Wochens.* 7 septembre 1912, pp. 55, 1115.
- PRINGLE. — Erythema elevatum diutinum. *Brit. Journ. of Derm.* 1899, p. 435.
- Ringed eruption of the extremities. *Brit. Journ. of Derm.*, 1905, p. 19.
- QUINQUAUD. — *Catalogue du Musée de l'Hôpital Saint-Louis*, n° 1599 (1891).
- RASCH et GREGERSEN. — Tumores benigni sarcoïdi cutis. *Archiv. f. Derm.*, 1903.
- SEQUEIRA. — Ringed eruption. *Dermat. Soc. London*, 11 juin 1902. *Brit. J. of Derm.*, 1902, p. 270.
- Ringed eruption of the finger. Granuloma annulare of exceptionnaly long duration. *Proc. Soc. of Med. of London. Derm. Section*, 18 décembre 1919, p. 37.
- SEQUEIRA, DAVIS. — Granuloma annulare. *Roy. Soc. of Med. Derm. Section. Brit. J. of Derm.*, 1920, p. 48.
- SMITH. — Curious nodules on hands. *Hunter Society*, 12 novembre 1890. *Lancet*, 1890, II, 1334.
- Case of so called erythema elevatum diutinum. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1894, p. 144.

- STILLIANS (A). — An unusual case of granuloma annulare. *Journal of cutan. diseases*, septembre 1919, p. 580.
- WENDE (G.). — Erythema perstans with report of two cases involving circinate lesions. *Journ. of cutan. diseases*, 1906, p. 241.
- Erythema figuratum perstans. *Journ. of the American Medical Association*, 1908, II, p. 1936.
- A nodular terminating in a ringed eruption (Granuloma annulare); *Journ. of cutan. diseases*, 1909, p. 388.
- WHITE. — Granuloma annulare. Clinical sessions of the 35 th. annual. *Meeting of the American Dermat. Association*, Boston, 26-27 mai 1911. *Journ. of cutan. diseases*, mai 1912, p. 278.
- WHITFIELD. — Granuloma annulare. *Derm. Soc. of London*, 11 mars. 1903. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1903, p. 138.
- ZWEIG. (L.). — Fall v. erythema elevatum diutinum. *Archiv. für Dermat.*, 1911, CIX, p. 519.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	Page.	9
--------------------	-------	---

CHAPITRE PREMIER

Historique	11
------------------	----

CHAPITRE II

Tableau synoptique des observations publiées de 1887 à 1923	17
--	----

CHAPITRE III

Observations inédites	35
Photographies.	

CHAPITRE IV

Etude clinique et anatomo-pathologique	49
Symptomatologie	49
Formes cliniques	51
Evolution	52
Anatomie pathologique	54
Etiologie	58
Pathogénie	61
Diagnostic	62
Traitement	66
Pronostic	67
CONCLUSIONS	68
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	69

Bordeaux. — Imp. Al. SÉGALAS-BÉROU, 34, rue Ste-Colombe.
